

Programa de intervención psicológica en contribución a la calidad de vida de los adultos
mayores y el personal asistencial del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor

Genova Paola Garcia Ochea



Universidad Pontificia Bolivariana

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2019

Programa de intervención psicológica en contribución a la calidad de vida de los adultos
mayores y el personal asistencial del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor

Trabajo de grado en la modalidad de Servicio social para optar al título de Psicóloga

Genova Paola Garcia Ochea

Directora

Ps. Margie Stefania Quintero Mantilla

Universidad Pontificia Bolivariana

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2019

Al todo Poderoso, por permitirme vida y salud para hoy poder ver culminada esta meta

A mis Guerreros de Luz, por guiarme y amarme cada día de mi vida, apostando a mí por siempre

A mi hilo rojo, sin ti esto no sería posible, mi fuerza, mi espejo y mi polo a tierra, mi todo

A mi cordón umbilical, por ser mi maestra de luz, mi inspiración y mi fortaleza incondicional

A las princesas de mis sueños, por ser inspiración y fuerza en cada momento de mi vida

A mi linaje destinado, por creer en mí, acompañarme, guiarme y ser luz incondicionalmente

A los caminantes de amor, esos amigos que me acompañaron en cada paso de mi camino

A la familia RCM, por ser esa puerta para mi crecimiento personal y profesional

A los ángeles custodios llenos de experiencia sabiduría y amor

A esas mujeres maravillosas que sirven amor incondicional a esos ángeles

A mi orientadora y guía en este proyecto, por la paciencia, disposición y cariño

Al país que me vio nacer y al que me adopto para crecer personal y profesionalmente

A la UPB, mi casa y mi hogar, donde conocí a los más sabios maestros

A todos y cada Uno que hicieron este sueño posible... Gracias Eternas.

Tabla de Contenido

CAPÍTULO 2. GENERALIDADES DE LA EMPRESA	13
CAPÍTULO 3. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA	16
CAPÍTULO 4. ANTECEDENTES.....	18
CAPÍTULO 5. JUSTIFICACIÓN	23
CAPÍTULO 6. OBJETIVOS	25
OBJETIVO GENERAL	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
CAPÍTULO 7. MARCO TEÓRICO.....	26
CALIDAD DE VIDA.....	26
ENVEJECIMIENTO Y CICLO VITAL	27
ADULTO MAYOR Y VEJEZ.....	31
ENFERMEDADES NEUROGENERATIVAS	32
ROL DEL CUIDADOR Y SOBRECARGA.....	34
DÍADA (CUIDADOR-ADULTO MAYOR)	36
CAPÍTULO 7. METODOLOGÍA	37
ENFOQUE Y DISEÑO	37
POBLACIÓN.....	38
MUESTRA	38
INSTRUMENTOS	39
CAPÍTULO 8. RESULTADOS	53

CUESTIONARIO PERSONAL ASISTENCIAL.....	53
CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF.....	69
INVENTARIO BURNOUT MASLACH (MBI).....	80
SESIONES DE INTERVENCIÓN.....	85
ACTIVIDADES SATÉLITES	91
CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN	93
CAPÍTULO 11. CONCLUSIÓN.....	97
CAPÍTULO 12. RECOMENDACIONES	99
REFERENCIAS	101
ANEXOS.....	108

Listas de tablas

TABLA 1. DESCRIPCIÓN DE FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS DE LA EMPRESA.	16
TABLA 2. DESCRIPCIÓN DE PATOLOGÍAS QUE PUEDEN PRESENTAR ALGUNOS ADULTOS MAYORES A TRAVÉS DEL ENVEJECIMIENTO TANTO EN LO FÍSICO Y FISIOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y COGNITIVO Y PSICOMOTOR.	28
TABLA 3. DESCRIPCIÓN DE LOS RANGOS DE EDAD, DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO (RCM).	38
TABLA 4. DESCRIPCIÓN DE SUBESCALAS, NÚMEROS DE ÍTEMS Y VARIABLE DE LA SUBESCALA CORRESPONDIENTES, DE LA ESCALA WHOQOL-BREF DE CALIDAD DE VIDA	41
TABLA 5. DESCRIPCIÓN DE EVALUACIÓN PARA LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y LOS PUNTOS DE CORTE.....	42
TABLA 6. DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS TIPO LIKERT Y SUS GRADOS DE INTENSIDAD.	43
TABLA 7. DESCRIPCIÓN DE SUBESCALAS DEL INVENTARIO BURNOUT MASLACH (MBI) Y EL NÚMERO DE ÍTEMS CORRESPONDIENTES.	43
TABLA 8. DESCRIPCIÓN DE ETAPAS DE DIAGNÓSTICO CON SUS RESPECTIVOS DIAGNÓSTICOS Y PUNTOS DE CORTE.....	44
TABLA 9 . DESCRIPCIÓN DE RANGOS NUMÉRICOS DE LAS SUBESCALAS.	45
TABLA 10. DESCRIPCIÓN DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DEL ÁMBITO PERSONAL QUE EMERGIERON DEL ANÁLISIS DEL (CPA) PRE-TEST.....	54
TABLA 11. DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DEL ÁMBITO LABORAL QUE EMERGIERON DEL ANÁLISIS DEL (CPA) PRE-TEST.....	58
TABLA 12. DESCRIPCIÓN DE LAS, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DEL ÁMBITO PERSONAL QUE EMERGIERON DEL ANÁLISIS DEL (CPAP) POS-TEST.	62
TABLA 13. DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DEL ÁMBITO LABORAL QUE EMERGIERON DEL ANÁLISIS DEL (CAP)POS-TEST.	64

Listas de Figuras

<i>FIGURA 1.</i> DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE (10) ADULTOS MAYORES Y (9) PERSONAL ASISTENCIAL (RCM).....	39
<i>FIGURA 2.</i> DISCRIMINACIÓN DEL IMPACTO PERCIBIDO POR EL PERSONAL ASISTENCIAL DE SU CALIDAD DE VIDA.....	67
<i>FIGURA 3.</i> DISCRIMINACIÓN DEL IMPACTO PERCIBIDO POR EL PERSONAL ASISTENCIAL DE SU CALIDAD DE VIDA.....	68
<i>FIGURA 4.</i> RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PRE-TEST, DE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES.....	70
<i>FIGURA 5.</i> DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN PRE-TEST, DE LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF EN LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES	71
<i>FIGURA 6.</i> RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POS-TEST, DE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES.....	72
<i>FIGURA 7.</i> DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN POS-TEST, DE LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF EN LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES	74
<i>FIGURA 8.</i> DISTRIBUCIÓN LA EVALUACIÓN PRE-TEST Y POS-TEST, DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF EN LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES.	75
<i>FIGURA 9.</i> RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PRE-TEST, DE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL ASISTENCIAL.	76
<i>FIGURA 10.</i> DISTRIBUCIÓN DEL PRE-TEST, DE LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF EN EL PERSONAL ASISTENCIAL.....	77
<i>FIGURA 11.</i> RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POS-TEST, DE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL ASISTENCIAL.	78
<i>FIGURA 12.</i> DISTRIBUCIÓN DEL POS-TEST, DE LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF EN EL PERSONAL ASISTENCIAL.....	79
<i>FIGURA 13.</i> DISTRIBUCIÓN LA EVALUACIÓN PRE-TEST Y POS-TEST, DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF EN EL PERSONAL ASISTENCIAL.....	80
<i>FIGURA 14.</i> DISCRIMINACIÓN DEL PRE-TEST DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL MBI.....	81

<i>FIGURA 15. DISTRIBUCIÓN DE ETAPAS DE BURNOUT, DIAGNOSTICO, TENDENCIA O SIN RIESGO AL SÍNDROME.</i>	82
<i>FIGURA 16. DISCRIMINACIÓN DEL POS-TEST DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL MBI.</i>	83
<i>FIGURA 17. DISTRIBUCIÓN DE ETAPAS DE BURNOUT, DIAGNOSTICO, TENDENCIA O SIN RIESGO AL SÍNDROME.</i>	84
<i>FIGURA 18. DISTRIBUCIÓN LA EVALUACIÓN PRE-TEST Y POS-TEST, DEL INVENTARIO BURNOUT MASLACH (MBI).</i>	85
<i>FIGURA 19. DISCRIMINACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 1, COMUNICACIÓN ASERTIVA.</i>	87
<i>FIGURA 20. DISCRIMINACIÓN DE EVALUACIÓN SESIÓN 2, PROYECTO DE VIDA.</i>	88
<i>FIGURA 21. DISCRIMINACIÓN DE EVALUACIÓN SESIÓN 5, ESTRÉS Y ANSIEDAD.</i>	89
<i>FIGURA 22. DISCRIMINACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 7, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y TRABAJO EN EQUIPO.</i>	90
<i>FIGURA 23. DISCRIMINACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA SESIÓN 9 DEL PERSONAL ASISTENCIAL, AUTOCONOCIMIENTO.</i>	91
<i>FIGURA 24. DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES SATÉLITE Y LA CANTIDAD REALIZADA EN EL SERVICIO SOCIAL.</i>	92

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Programa de intervención psicológica en contribución a la calidad de vida de los adultos mayores y el personal asistencial del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor

AUTOR(ES): Genova Paola Garcia Ochea

PROGRAMA: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): Margie Stefania Quintero Mantilla

RESUMEN

La presente investigación se realizó con la finalidad de generar un programa de intervención psicológica para la contribución de la calidad de vida del adulto mayor y el personal asistencial del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor, la metodología aplicada se enmarco en un enfoque mixto, en donde se realizó el diseño e implementación de 6 fases, focalizándose en la ejecución de tres cuestionarios enfocados en la necesidad de las cuidadoras formales, sobrecarga y calidad de vida. Los cuestionarios mencionados fueron, el cuestionario personal asistencial Pre-test y Pos-test, Escala de evaluación de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, Inventario de Burnout Maslach (MBI). De modo que, en los resultados se evidencio cambios en los paradigmas de las cuidadoras y los residentes. Concluyendo que el refuerzo positivo a las cuidadoras formales en el ámbito personal, laboral y familiar, generaron un impacto directamente en el residente y su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE:

Intervención psicológica, ciclo vital, envejecimiento, sobrecarga, calidad de vida

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Psychological intervention programme in contribution to the quality of life of older adults and the care staff of the Ruitoque Casa Mayor Gerontological Center

AUTHOR(S): Genova Paola Garcia Ochea

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Margie Stefania Quintero Mantilla

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the purpose of generating a psychological intervention program for the contribution of the quality of life of the elderly and the care staff of the Ruitoque Casa Mayor Gerontological Center, the methodology applied was framed in a mixed approach, where He made the design and implementation of 6 phases, focusing on the execution of three questionnaires focused on the need for formal caregivers, overload and quality of life. The questionnaires mentioned were the personal assistance questionnaire Pre-test and Post-test, WHOQOL-BREF Quality of Life assessment scale, Burnout Maslach Inventory (MBI). So, the results showed changes in the paradigms of caregivers and residents. Concluding that the positive reinforcement of formal caregivers in the personal, work and family spheres generated an impact directly on the resident and their quality of life.

KEYWORDS:

Psychological intervention, life cycle, aging, overload, quality of life

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Capítulo 1. Introducción

En los últimos tiempos, se ha acrecentado el interés por realizar investigaciones en el adulto mayor, como el enfoque del cuidador formal, el vínculo de afinidad y empatía que existe entre la díada (cuidador-paciente) (Hernández, Moreno y Barragán, 2014), en este sentido, el presente informe se enfocó en el área de la Gerontología, aclarando esta como una ciencia pluridisciplinaria que se enfoca en los procesos de envejecimiento y en la etapa de la vejez, teniendo como objetivo común en sus diferentes ramas para tratar de mejorar la calidad de vida de las personas mayores (Morfi,2005).

A este propósito, en los capítulos se ahondará el enfoque social del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor, como fin de prestar al adulto mayor un estilo de vida satisfactorio y gratificante como un medio de subsistencia al adulto. Además, se abordará teóricamente los conceptos enfocados en el ciclo vital, enfermedades neurogenerativas, envejecimiento, vejez, rol del cuidador, sobrecarga de este, díada (cuidador- residente). Guiando al lector a entender el objetivo y metodología encaminada al programa de intervención.

Asimismo, el programa de intervención se fundamentó en primera instancia en la aplicación de una evaluación Pre-test, donde a su vez, se ahondó en información necesaria que identificará las necesidades requeridas por la muestra, posteriormente se presentará el diseño del programa que se creó con el propósito de contribuir a la calidad de vida de los residentes y el personal asistencial, finalizando con una evaluación Pos-test que medirá el impacto generado por el mismo. Finalmente, se presentarán los resultados enmarcados por el impacto del programa implementado, evidenciado en las diversas dimensiones de la calidad de vida de los participantes

a través de los instrumentos aplicados, generando la respectiva discusión teórica y conclusiones del trabajo realizado en el centro.

Capítulo 2. Generalidades de la empresa

El Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor (RCM), es el primer centro gerontológico de Bucaramanga y el oriente colombiano, construido y diseñado para garantizar confianza, seguridad y comodidad para el adulto mayor y su familia, preparado para ofrecer atención integral con calidad y calor humano, vinculando estrechamente a sus familias durante su permanencia en el Centro.

Fue ideado un 30 de marzo del año 2006, con ocasión de la celebración de la asamblea general ordinaria de la Fundación Albeiro Vargas & Ángeles Custodios, en las instalaciones de Sevicol, el presidente de la asamblea y gerontólogo Albeiro Vargas Romero planteó, como un nuevo proyecto de la Fundación, la construcción de una casa gerontológica privada en el sur de la ciudad, en donde se atenderían adultos mayores con capacidad de pago y de esta manera subsidiar parcialmente la obra social de la Fundación, ya que no se contaba con recursos estables por parte del estado que garantizaran el sostenimiento de la labor social, lo cual llevó a pensar en alternativas encaminadas al auto sostenimiento. Finalmente, en el año 2009, RCM abrió sus puertas y recibió a su primera usuaria y desde entonces son cientos de adultos y familiares quien se han beneficiado del centro.

Misión

El Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor ofrece atención integral a los adultos mayores y a sus familias con los más altos estándares de calidad, cuidado especializado y personalizado, con un equipo humano idóneo. Integrando el modelo innovador del binomio: niño y adulto mayor. Se gestiona y hace uso eficiente de los recursos y además garantiza bienestar,

confianza y seguridad en la prestación de los servicios, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de vida de cada uno de los huéspedes residentes.

Visión

En el año 2019, será reconocido como líder innovador en la atención integral a adultos mayores del oriente colombiano, destacándose por su compromiso y actitud de servicio y sirviendo de referente para generar un cambio cultural positivo en la sociedad frente al proceso de envejecimiento digno y activo en todas las etapas del ciclo vital.

Objetivo general

Ofrecer atención integral a las personas mayores, mediante la prestación de servicios gerontológicos con alta calidad, confianza y seguridad.

Objetivos específicos

- Brindar servicio de alojamiento, alimentación, salud, recreación y cuidados integrales al adulto mayor.
- Generar espacios de participación, recreación, actividades sociales, culturales y la relación del adulto mayor del Centro Gerontológico con su entorno.
- Fortalecer la formación y capacitación de las familias y las personas mayores, que permita el mejoramiento de la condición de vida.
- Desarrollar actividades de interacción e interrelación entre los adultos mayores y los niños, niñas y jóvenes familiares de los huéspedes residentes de Ruitoque Casa Mayor,

los alumnos de las instituciones educativas vecinas y los amigos de la obra; en donde se establezca el vínculo del binomio, niño y adulto mayor, como un modelo institucional que identifica el quehacer de los Ángeles Custodios.

A su vez, este cuenta con diversos planes para los adultos mayores como lo son:

- Plan felicidad: es un plan de larga estancia, brindando alojamiento permanente para el Adulto Mayor en confortables instalaciones, acompañado por personal capacitado que brinda calor humano y un excelente servicio.
- Plan familia: Ofrece espacios para compartir momentos especiales con el huésped residente como cumpleaños, celebraciones, eventos familiares y hospedaje.
- Plan armonía: Fundado para la persona mayor que desee disfrutar de uno o varios días a la semana en un ambiente campestre, actividades y servicios especializados que brinda el Centro, llegando en la mañana y regresando a casa en la tarde, ofreciendo transporte puerta a puerta.
- Plan renacer: Brinda los cuidados necesarios a una persona mayor después de ser intervenida quirúrgicamente, con las atenciones de nuestro personal de enfermería.
- Plan oasis: este plan promete un fin de semana diferente, en un paraje alejado del ruido, para el descanso en la mejor compañía en medio de naturaleza y atención personalizada (Casa Mayor, s.f).

Capítulo 3. Diagnóstico de la empresa

Para el diagnóstico del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor, se realizó la matriz DOFA que se presenta a continuación:

Tabla 1. *Descripción de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de la empresa.*

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de vínculos sociales del adulto mayor a través de actividades de estimulación cognitiva, motriz, social y emocional. - Personal asistencial especializado en el cuidado y atención a las necesidades del adulto mayor las 24 horas. - Personal especializado en áreas como nutrición, terapia ocupacional, fisioterapia, psicología y actividades recreativas como danza, teatro, música. - Ambiente natural y modernas instalaciones que permiten al adulto mayor un espacio físico idóneo para las demandas requeridas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escaso tiempo prestado para la formación de los trabajadores integral y laboralmente. - Insuficientes medidas de motivación del personal asistencial, factor necesario para la productividad requerida por los adultos mayores. - Dificultades en el clima laboral del personal asistencial generando estrés laboral, que puede influir directamente en el manejo adecuado de los adultos mayores y su calidad de vida. - Ausencia de trabajo en equipo y comunicación adecuada generando una insatisfacción en el clima laboral

necesario para la productividad y el cumplimiento de funciones de las auxiliares de enfermería

- Carencia de personal asistencial para la alta demanda de los adultos mayores en sus necesidades cotidianas.

Oportunidades

Amenazas

- Creación de procesos y programas de intervención que generen el mejoramiento de la calidad de vida laboral y personal del personal asistencial, y coadyuvando sistémicamente al mejoramiento del adulto mayor.
- Estandarización de estos procesos y programas en la sede del Centro Gerontológico de Cabecera Casa Mayor para así sincronizar la sede de Ruitoque Casa Mayor coadyuvando al mejoramiento el personal de ambas sedes.

- Probabilidad de sobrecarga y desmotivación en el personal asistencial
- Verosimilitud en altos factores de riesgo psicosocial en los trabajadores
- Rotación del personal asistencial y aumento de descargos.
- Riesgo de posibles retiros voluntarios de los adultos mayores residentes.

Capítulo 4. Antecedentes

El envejecimiento es un tema universal y existe un constante interés por la longevidad de la población, por eso se ha descubierto que un indicador importante en este proceso es la esperanza de vida (Alvarado y Salazar, 2014). La Organización Mundial de la salud (2018) refiere que la población mundial actualmente posee una expectativa de vida igual o superior a los 60 años, lo que se proyecta que para el 2050 está tenga un aumento con respecto al que hubo en el 2015.

De esa manera, en Colombia, El Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) manifiesta que se ha presentado un incremento de adultos mayores, de acuerdo con la demografía de la población general ésta se acrecienta en un 1.9% promedio anual, sin embargo, la población de adultos de más de 80 años aumenta en promedio un 4% anual (Cerquera y Galvis, 2014).

Ahora bien, la esperanza de vida ofrece sueños y oportunidades, no solo para el adulto mayor y sus familias, sino también para la sociedad, dependiendo en gran medida de un factor: la salud (OMS, 2018). La salud vista como, una etapa de bienestar complementada por lo físico, mental y social, y no solamente por la ausencia de padecimientos y afecciones (OMS, 2013).

Sin embargo, diversas investigaciones han demostrado que en América Latina “el comportamiento epidemiológico muestra que en la mayoría de los países las enfermedades crónicas se han convertido en las primeras causas de morbilidad y mortalidad” (Venegas, 2006, p. 2). De acuerdo con esto, Colombia se ha enfocado en estudiar el envejecimiento poblacional y el progreso de enfermedades no transmisibles propias de la vejez (Cerquera y Galvis, 2014).

Este aspecto genera necesariamente crecimiento en el volumen de personas que ofrecerán cuidado ya sea de tipo formal o informal, situación que lleva a pensar en generar mayor conocimiento sobre cómo se cuida, qué se siente cuidando, qué genera el cuidar y de qué forma se apoyará este proceso o tarea del cuidador por parte del personal de salud. (Venegas, 2006, p. 2)

Con respecto al envejecimiento, hay que tener en cuenta que ocurren cambios a través del tiempo generados en correlación a la edad del individuo, tanto funcionales como fisiológicos que vendrían determinados por la acción de agentes generadores de morbilidad (Millán, 2011).

El envejecimiento es propio del ser humano, quien además de estar sometido a procesos y cambios biológicos desde que nace, también lleva consigo diferentes momentos de la vida tales como: infancia, niñez, pubertad, adolescencia, juventud, madurez y vejez, siendo esta última una de las instancias más duraderas con manifestaciones y vivencias características propias. (Cerquera, Álvarez y Saavedra, 2010, p.74)

No obstante, es preciso clarificar que el envejecimiento y la vejez son temas que tienden a confundirse. Dado a esto es preciso connotar que el envejecimiento es un proceso inherente a lo largo de la vida y comienza desde que se nace, siendo influenciado por factores extrínsecos como lo son la historia de vida, la economía, la cultura, entre otros (Reyes y Castillo, 2011). Durante este proceso se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social, entre otros; es por esta razón que es necesario ofrecer herramientas de intervención que permitan concebir este fenómeno, ofreciendo alternativas que promuevan la calidad de vida del adulto mayor, de esta manera generar

taxonomías de cuidado que permitan un mayor conocimiento y, por ende, una mejor atención (Olivares, Martínez, Gonzales y Borges, 2015).

Sin embargo, desde el enfoque del ciclo vital, el envejecimiento es considerado como un “proceso continuo en el cual se produce un equilibrio entre ganancias y pérdidas.” (Cerquera, Álvarez y Saavedra, 2010, p.74). Es por esto por lo que los autores clarifican, que las ganancias aparecen inclusive en el último periodo del ciclo vital teniendo en cuenta que muchas de las habilidades podrían permanecer estables e incluso generar una mejora (Cerquera, Álvarez y Saavedra, 2010).

Por otra parte, cabe destacar que la vejez es una de las últimas etapas del ciclo vital que comienza a partir de los 60 años o más, siendo esta donde el adulto mayor ha llegado a la madurez a través de las experiencias adquiridas, alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo (Alvarado y Salazar, 2014). Sin embargo, esta genera un constructo social que tiende a verse, como pérdidas (Martínez, 2005), por lo que se refiere a una consecuencia del envejecimiento fundada por la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo (OMS, 2018). En efecto durante esta etapa pueden aparecer enfermedades que deterioran al adulto tanto a nivel físico como mental, generando un esquema social de dependencia, existiendo la necesidad latente de un cuidador (Achury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011) que proporcione y coadyuve en la vida del adulto mayor, complementando la falta de autonomía, y colaborándole en sus tareas diarias como aseo, alimentación, desplazamiento, entre otras (Flores, Rivas y Sequel, 2012).

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provocando un aumento en la carga del cuidador, lo cual sino se logra manejar

adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas, por lo tanto, puede comprometer la vida, salud, bienestar, el cuidado y autocuidado no solo del cuidador sino del paciente. (Flores, Rivas y Sequel, 2012, p. 30)

El desempeño de este rol, no solo se conceptualiza en ordenamientos y servicios, sino que implica procesos en el cuidado directo, trabajando para la satisfacción de las necesidades de la persona enferma (Galvis, Aponte y Pinzón, 2014), así como es beneficioso para los pacientes también repercute en la salud del cuidador, acrecentando los niveles de sobrecarga en su desempeño, y por ende en el desmejoramiento de la calidad de vida (Flores, Rivas y Sequel, 2012). Es por esta razón que es necesario ofrecer capacitaciones e intervenciones que orienten a los cuidadores y profesionales de enfermería, de manera interdisciplinar en la díada (cuidador-paciente) estableciendo vínculos empáticos. Estos vínculos permiten a los integrantes de la díada, sentir que compañía en el afrontamiento de la nueva situación que la vida plantea y que puede compartir y aprender juntos en pro de su bienestar (Hernández, Moreno y Barraga, 2014).

Por su parte, la calidad de vida es connotada por definiciones diversas, grosso modo, se puede referir a esta como “una propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno” (Ardilla, 2003, p.162). A su vez, es “una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas” (Schwartzmann, 2003, p.14); De esta manera, entre los principales factores que se tienen en cuenta en el momento de estudiar la calidad de vida, están: bienestar emocional,

riqueza y bienestar materiales, salud, productividad, relaciones interpersonales, seguridad, integración con la comunidad (Ardilla, 2003).

Capítulo 5. Justificación

El envejecimiento se ha convertido en un tema potencial de estudio de las comunidades investigativas, dado que es un hecho mundial el interés sobre crecimiento de la población y la esperanza de vida, implicando así transformaciones políticas, culturales y sociales (Várela y Gallego, 2015). Generando la búsqueda de un modelo de envejecimiento competente y productivo que fortalezca así la calidad de vida de las personas. (Mora, Villalobos, Araya y Ozols. 2004). De esta circunstancia nace el hecho de que, en Colombia, siendo uno de los países con mayor transformación estructural a nivel poblacional, ha apostado por la mejoría de la calidad de vida y bienestar psicosocial de su población (Várela y Gallego, 2015).

El concepto de calidad de vida es definido y ha sido referenciado por diversos autores, Aristóteles fue uno de los precursores en la definición de calidad de vida, apuntando esta como una vida feliz o buena vida (Fernández y Rojo, 2005). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud refiere en su cuestionario de calidad de vida una aproximación a la evaluación de esta, definiéndola como “la percepción de su posición en la vida en el contexto de los sistemas de cultivo y de valor en las que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones de los individuos” (OMS, 1996, p.6). Sumado a esto la calidad de vida es multidimensional, no se explica solo por un área, dimensión, componente o dominio, sino por la interrelación de estos (Fernández y Rojo, 2005).

Por lo anterior, es importante resaltar la calidad de vida, concibiendo que el eje fundamental de este estudio es entender como contribuir en la calidad de vida del cuidador

formal entendiendo que es plurifactorial y que su contribución será para el bienestar emocional, social y físico del adulto mayor.

El interés para trabajar con el personal asistencial o cuidadoras formales de los adultos mayores del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor recae en el provecho de entender, como generando un cambio positivo en el cuidador colateralmente favorece en el residente y en el manejo de su cuidado, fomentando no solo en la calidad de vida de los adultos mayores, sino también coadyuvando en la calidad de vida de las cuidadoras como una manera preventiva a la sobrecarga emocional y psicológica, que genera el impacto del proceso de envejecimiento, donde muchas veces se presenta un desgaste emocional, físico y psicológico, que agota a las personas que los cuidan y sus familiares más cercanos.

Este estudio no solo beneficiara al adulto mayor y sus cuidadores formales, sino que a su vez aportara gran valor a la psicología, contribuyendo en la comprobación de las diferentes teorías de estudios realizados en adultos mayores en la díada (cuidador-paciente). Además, se hace un aporte teórico necesario para fomentar en el diseño de programas sociales que coadyuvan a la calidad de vida, y a su vez contribuyen a la empatía, apropiación del rol y el bienestar del cuidador.

Capítulo 6. Objetivos

Objetivo general

Evaluar el impacto de un programa de intervención psicológica en la calidad de vida de los adultos mayores y el personal asistencial del Centro Gerontológico Casa Mayor.

Objetivos específicos

- Diseñar e implementar un programa de intervención psicológica en contribución a la calidad de vida y fortalecimiento de la díada (residente-cuidador).
- Medir el cambio en la percepción de calidad de vida de los adultos mayores y el personal asistencial a través de la escala WHOLQOL-BREF de calidad de vida.
- Brindar apoyo a las actividades satélite que sean asignadas por la institución.

Capítulo 7. Marco Teórico

El eje fundamental de este estudio es contribuir en la calidad de vida del cuidador factor determinante para el bienestar emocional, social y físico del adulto mayor. De lo anterior es preciso brindar un panorama pertinente de las concepciones existentes de calidad de vida, su surgimiento, relación con el ciclo vital, enfermedades neurogenerativas, envejecimiento, vejez y sobrecarga del cuidador. Finalmente, centrándose en la díada (cuidador-adulto mayor), caracterizando el rol del cuidador como parte fundamental para un envejecimiento activo, esto a partir de una breve revisión de la literatura.

Calidad de vida

Diferentes estudios, se han realizado sobre la calidad de vida, precisan que los factores que intervienen están compuestos por la edad, el tipo de educación, por las diferentes enfermedades genéticas tanto físicas como mentales y la calidad del sueño (Aguilar, Albares y Lorenzo, 2011). Así mismo, otras causas que influyen en la calidad de vida son las económicas, físicas, sociales, políticas y ambientales, elementos causales que generan estabilidad tanto física y sensorial (Alvarado y Salazar, 2014).

Otro punto de vista, determina que cada persona realiza una apreciación personal en la forma en que se ha desarrollado en el transcurso del tiempo, implicando hábitos y estilo de vida (físico, emocional y social), factores que establecen una respuesta que conllevan a una conclusión consciente de acuerdo al transcurrir de la vida (acción y reacción), observando los resultados tanto positivos como negativos de acuerdo a sus necesidades (Vargas, 2012), sin embargo, los factores externos son inevitables y pueden socavar debilitando su sistema inmune

vulnerando así su estado psíquico y físico, conllevando esa vulnerabilidad a necesitar de otras personas para su cuidado y funcionamiento, este estado de dependencia con el cuidador crea afinidades, reacciones positivas y negativas determinantes para su calidad de vida (Fernández, Iglesias, Sanchez, Rodriguez y Rodriguez, 2005).

Envejecimiento y ciclo vital

El envejecimiento es la secuela del acopio de una gran diversidad de deterioros fisiológicos en el transcurso de la vida, lo que conlleva a un declive progresivo de las facultades mentales y físicas, generando un acrecentamiento del peligro de enfermedades, y posteriormente a la muerte (OMS, 2018). El envejecimiento también se logra referenciar como un desarrollo que está coligado colectivamente a una carencia en la productividad del ejercicio orgánico, y como consecuencia de este proceso las etapas llevan a la muerte. Sin embargo, desde el enfoque biológico se refiere que coexiste una latencia en la degeneración de las funciones desde la aparición de la vejez (Zetina, 1999).

Ahora bien, el envejecimiento también puede establecerse como ese transcurso del ciclo vital, que se describe por ser multifactorial, intrínseco e inalterable, debido a que se transforma a un deterioro natural, secuela del acrecimiento de los cambios fisiológicos y psicológicos que se originan en la persona con el paso del tiempo (Alvarado y Salazar, 2014). Finalmente, es ineludible no aceptar tal realidad, dado que, con el paso de los años, dependiendo de los hábitos y estilos de vida y las enfermedades hereditarias que tenga el sujeto acrecentara la consecuencia que desencadena la vejez.

Además, el envejecimiento aparte de ser un proceso progresivo entre las etapas empezando en la vida y terminando en la muerte, también es una realidad distintiva de las conveniencias de vida multicelular y, por supuesto, de la existencia de todos los seres humanos. No obstante, su complicación proroga en las otras especies, individuos y estaciones de la vida pasado, su presente y su futuro (Desfilis y Abegozar, 1990).

Asimismo, todos los seres vivos pluricelulares pasan a lo largo de su vida por una serie de fases diferentes que suceden ordenadamente en el tiempo y que constituyen el denominado ciclo vital. En los ciclos vitales de los diferentes organismos, se distinguen varias etapas: el desarrollo embrionario, el crecimiento, la reproducción, la senescencia y la muerte (Sanz, 2015). Sin embargo, no todos los procesos se dan de la misma forma, ya que este es un proceso diferencial, que se produce de distintas maneras que dependerán del estilo de vida de la persona (Ver, Tabla 2).

Tabla 2. *Descripción de patologías que pueden presentar algunos adultos mayores a través del envejecimiento tanto en lo físico y fisiológico, psicológico y cognitivo y psicomotor.*

<i>Cambios físicos y fisiológicos</i>	<p>Se produce un deterioro del sistema nervioso provocando lentitud de movimiento y pérdida de actos reflejos aumenta la posibilidad de manifestar enfermedades que afectan a los distintos sistemas del organismo como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Cardiovasculares</i> (infartos, ACV, arterioesclerosis, etc.), <i>respiratorios</i> (atrofia de mucosa que afecta a la nariz, faringe y
---------------------------------------	--

laringe, disminuye la elasticidad pulmonar, infecciones respiratorias graves como la neumonía, etc.).

- *Digestivos* (disminución del sentido del gusto, del reflejo de tragar y de los movimientos automáticos que pasan a ser más lentos, etc.).
- *Músculo- Esqueléticos* (disminuye el tamaño y densidad de los huesos, las articulaciones reducen el rango de movimiento, a nivel muscular se produce una disminución del tono y de la capacidad elástica de las unidades músculo-tendinosas, etc.).
- *El sistema inmunológico* se debilita, se producen déficits sensoriales (de vista y oído), sistema urinario (los riñones reducen eficacia para eliminar los desechos y los medicamentos, así mismo, aumenta la posibilidad de incontinencia urinaria, etc.).

Cambios psicológicos y cognitivos: Desde este enfoque, la predisposición a la tristeza, la melancolía y a la depresión son también aspectos relacionados con la vejez, estos bien pueden estar relacionados con los aspectos físicos debido a la pérdida de autonomía y/o a los aspectos sociales (jubilación, pérdida de seres queridos, miedo a la enfermedad y a la muerte, etc.) y como consecuencia se produce un mayor aislamiento social.

Asimismo, existen modificaciones en los procesos cognitivos tales como la atención, la memoria, la percepción, la orientación, el tiempo

de reacción (enlentecimiento de la actividad mental), aumentan los problemas de razonamiento y pueden llegar a producirse pérdidas de memoria y otras funciones cognitivas debido a posibles patologías asociadas como la demencia senil, la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson, etc.

<i>Cambios</i>	Desde las praxis fina y habilidades perceptivo-motrices
<i>psicomotores</i>	(estructuración espacial y temporal, lateralización, somatognosia, ritmo, etc.) al equilibrio y la tonicidad. Pueden aparecer síntomas de desestructuración en el esquema corporal y dificultades de reconocimiento del propio cuerpo, problemas de equilibrio y orientación, provocando una disminución de la capacidad de desplazamiento e involución de las cualidades físicas -coordinación, flexibilidad, fuerza, velocidad y resistencia.

La tabla 1 se tomó de la información presentada por González y De la fuente (2014).

Es por esta razón, que el ciclo vital se entiende como un proceso en el que están presentes tanto la pérdida como la ganancia. Esta coocurrencia de pérdidas y ganancias caracteriza todo el ciclo vital, y se pone de manifiesto tanto en las etapas que tradicionalmente han sido consideradas sólo de pérdidas (la vejez) como en aquellas que únicamente han sido concebidas en función de las ganancias (la infancia). Así, en el caso de las primeras décadas de la vida, podemos encontrar que ciertos avances implican consecuencias secundarias negativas (Sanz,

2015). Igualmente, este desarrollo explica claramente que el proceso evolutivo es irreversible ya que desde el momento de la concepción se presentan un sinnúmero de variables, periodos con diversidad de resultados positivos y negativos de acuerdo con factores intrínsecos como extrínsecos.

Adulto mayor y vejez

Por consiguiente, es inevitable que el ser humano se enfrente a las etapas del ciclo vital, factor determinante para el adulto mayor, en este sentido, el envejecimiento no se puede eludir, por ende, es irreversible. Dado a esto, el ser humano se enfrenta con cambios fisiológicos, psicológicos, físicos, emocionales, además en procesos de envejecimiento patológico pueden presentar diferentes vulnerabilidades que propician la necesidad de un trato especial, generando dependencia por su estado de salud, este estado de vulnerabilidad se enmarca en esas vivencias y situaciones de riesgos determinadas por las carencias y recursos personales, sin embargo, otros adultos disfrutan de la tranquilidad y la paz que la madurez genera, determinada por un estilo de vida o hábitos saludables (Guerrero y Yopez-Ch,2015).

Asimismo, la vejez también es definida como una fase del ciclo vital, donde la persona es la secuela de lo que ha experimentado a nivel propio, social, emocional, cultural, y de la salud (Quintero, 2016). Además, “de las características biodemográficas, socioeconómicas, socioculturales, sociofamiliares, además de psicosociales, en su medio ambiente” (Zetina, 1999), por esta razón, se entiende por vejez la etapa de la vida que va desde una vejez inicial hasta la muerte. La vejez inicial, comienza desde los 60 a los 75 años. Sin embargo, una persona con 75 años se encuentra en una vejez tardía (Gómez, 2003). La vejez es percibida como una categoría

social coligada a una edad. Sin embargo, desde el punto de vista de la psicología evolutiva, la edad es solo una variable vacía que no explica ni aporta a comprender los procesos del desarrollo, pero si, es un valor descriptivo asociado a unas circunstancias y cambios que si se podrían explicar por la conducta y el sentido de la calidad de vida que la persona percibe, dado que hay una edad aparente y un edad cronología (años transcurridos desde el nacimiento de una persona) que establece la vejez (Gómez, 2003).

Todos sabemos lo que es la vejez de una forma abstracta, pero al tratar de definirla se suele utilizar el criterio de la edad para concretar. Después de la infancia, la adolescencia y la edad adulta, se habla de envejecimiento. Como veíamos anteriormente, se solía decir que la vejez empezaba a los 65 años aproximadamente, pero hoy se tiende a denominar “adultos mayores” a este intervalo. Clásicamente diferenciábamos las siguientes etapas en la tercera edad: de 60 a 70 años – senectud, de 72 a 90 años – Vejez, más de 90 años- Grandes. (Acera,2015)

Enfermedades neurogenerativas

Ahora bien, se consideran que los padecimientos neurogenerativas son patologías hereditarias o adquiridas que producen una disfunción creciente. Constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades que afectan al sistema nervioso central y que se caracterizan por una degeneración de las neuronas (Torrel, 2015). Las enfermedades neurogenerativas no tienen un tratamiento etiológico, las actuaciones terapéuticas solo pueden ser sintomáticas o paliativas, generando un aumento en la dependencia para las actividades básicas, muchas de estas enfermedades están ligadas a la edad, como por ejemplo la demencia Senil y el Alzheimer

(Sanidad, 2016). Estas enfermedades neurodegenerativas conllevan a una percepción objetiva de la etapa evolutiva con sus diferentes consecuencias, factores que desencadenan el deterioro del adulto mayor, estado irreversible que instan a percibir al núcleo familiar de la factibilidad para valorar el tipo de cuidado que debe presentar (Zúñiga, Pasquel, Zamora, 2012).

Dentro de las situaciones de cronicidad se encuentran las derivadas de enfermedades neurodegenerativas, siendo una de las más comunes la demencia tipo Alzheimer, la cual afecta el cerebro y origina un deterioro gradual y progresivo de las habilidades cognitivas e intelectuales de la memoria, la percepción del tiempo y el espacio, el lenguaje, el juicio y el pensamiento, secundario al daño neuronal irreversible producido (Vargas-Escobar, 2012). La duración media de la enfermedad oscila entre los 8-12 años, en un rango entre los 2-20 años, y es especialmente común en la población mayor de 65 años (Vargas-Escobar, 2012).

De acuerdo con el Informe Alzheimer's Disease International en el 2011, calcula que 36 millones de personas en todo el mundo viven con demencia, encontrándose un aumento en su incidencia en los países de bajos y medianos ingresos. En Colombia se ha estimado una prevalencia de demencia del 1,8 y 3,4% en grupos de pacientes mayores de 65 y 75 años (Vargas-Escobar, 2012).

Igualmente, de acuerdo con el Estudio Neuroepidemiológico Nacional (Epineuro) en el 2003, "la prevalencia de demencia pertenece al 1,3% entre los mayores de 50 años, ascendiendo esta cifra a 3,04% en mayores de 70 años" (Vargas-Escobar, 2012, p, 64), en este sentido se puede observar que la afectación de demencia en mayores de 70 años es ineludible, que se necesita fomentar y educar a la población, a fin que se desarrollen programas de formación

social, cultural y académica que establezcan las posibles causas, para lograr una mejor comprensión y darle el apoyo necesario a la persona con esta distinción, de la cual nadie se encuentra exento (Álvarez, 2015).

Rol del cuidador y sobrecarga

El rol de cuidador o profesional sanitario es la labor que sufre elevados síntomas de estrés, afirmación realizada por la Organización Mundial de la Salud (2000), los motivos para esta determinación se deben a la similitud en los síntomas que presentan estos profesionales, como consecuencia del desgaste que desmejoran la salud y calidad de vida. (Gonzales, Hidalgo, León, Contreras, Aldrete, Hidalgo y Barrera, 2015). Esta sobrecarga, desgaste o desmejora se presenta por la interacción diaria entre el cuidador – paciente, enfrentarse en el día a día con el sufrimiento, el dolor y la muerte; el compromiso de tomar decisiones de la salud de otra persona con la incertidumbre del efecto de su acción, la presión familiar, asistencial, cambios de horarios laborales, entre otras (Villa, 2015).

Entre otros estudios, se revela que la labor que genera más estrés, depresión y sobrecarga es el rol del cuidador ya que se le han determinado estos síntomas, debido a las condiciones y demandas que esta labor amerita (Cerquera y Galvis, 2014). Esta consecuencia desencadena afecciones determinantes que intervienen en el cambio de conducta, interacción social y por ende su calidad de vida, afectando colateral y principalmente el ejercicio de sus funciones (Galvis y Cerquera, 2016).

Asimismo, el rol de cuidador no se determina por manual de funcionamiento, ni la asignación de un conjunto de actividades e instrucciones, este rol amerita el cuidado de la

persona con diferentes síntomas, para lo cual debe brindar asistencia observacional, monitoreo constante y prestando auxilio en consecuencia de cada situación, tomando decisiones recurrentes a fin de proteger a la persona con características especiales (Galvis, Aponte y Pinzón, 2014).

En este contexto, es necesario que el cuidador procure prestar observancia a su estado anímico, ya que el rol profesional que desempeña podría presentar consecuencias negativas y positivas, lo más importante es detectar cualquier anomalía para así solicitar la ayuda necesaria y poder enfrentar esta situación, por lo que se considera conveniente que el cuidador fije límites tanto personales como profesionales, en pro del bienestar tanto físico como emocional (Barbero, 2012). A los efectos de prevención, se debe evaluar el comportamiento del cuidador ante las reacciones recurrentes a los desafíos presentados con la persona desvalida; es importante la observación periódica en caso de presentar síntomas, buscando las estrategias para mejorar la calidad de vida, vinculando un estilo de vida saludable con la relación interpersonal (Laguado y Gómez, 2014). Para lo cual se debe abordar con un plan de acción específico tanto físico, emocional, psicológico y social, con el fin de prevenir con estrategias que favorezcan la calidad de vida del cuidador que repercute en la calidad de vida del adulto mayor (Vargas, 2012).

En este sentido, cabe destacar la necesidad de priorizar la calidad de vida de los cuidadores, enfocándose al control y supervisión laboral a fin identificar la satisfacción laboral, dado que repercute en el área personal, es por esto que, la satisfacción en el trabajo puede influir directamente en el entorno familiar, en la salud, en las actividades de ocio, en la relación con sus pares, etc (Gómez, 2011). Algo semejante ocurre con la insatisfacción que emerge de la persona influyendo en diversas áreas que representativas de su calidad de vida (Villa, 2015).

Ahora bien, con el fin de aminorar el Síndrome del cuidador y su consecuencia se puede abarcar de diferentes maneras, para lo cual la persona que lo padece debe estar capacitado y debe ser consciente de las circunstancias a las que se enfrenta, con ese conocimiento los establecimientos de hogares de cuidado deben buscar las mejores formas para que su personal se encuentren en entornos favorables para paliar estas sensaciones, presentar ayuda psicológica que orienten a estas personas con herramientas que coadyuven a una mejor calidad de vida (Villa, 2015).

Díada (cuidador-adulto mayor)

En este sentido, para brindar orientación, capacitación y educación a los cuidadores, es necesario que los profesionales de enfermería como parte de un equipo interdisciplinar, realicen intervenciones con enfoque en la díada (cuidador- adulto mayor) y no por separado, para establecer vínculos de ayuda mutua, solidaria y reciproca. Generando vínculos que permitan a los integrantes de la díada, sentir que compañía en el afrontamiento de la nueva situación que la vida plantea y que puede compartir y aprender juntos en pro de su bienestar (Hernández, Moreno y Barraga, 2014). Focalizándose en el aprendizaje mutuo y en el cruce de conocimientos, fortalezas y debilidades, generando empatía encaminando de forma asertiva al fortalecimiento de la díada.

Capítulo 7. Metodología

Enfoque y diseño

Ahora bien, la metodología utilizada en el presente trabajo fue encaminada hacia un enfoque mixto, que vincula datos tanto cuantitativos como cualitativos (Sampieri, Collado y Batista, 2006), con un diseño exploratorio secuencial, de complementación; procurando indagar en las variables que contribuyen a la calidad de vida de la muestra poblacional. A lo largo del servicio social, se implementó un programa de intervención que fomenta y coadyuva a la calidad de vida no solo de los adultos mayores sino también del personal asistencial, donde se pretendió por medio de cuestionarios semiestructurados medir las necesidades y el impacto del mismo. A su vez, a nivel metodológico también se ejecutó una evaluación pre-test y pos-test del instrumento WHOQOL-BREF de calidad de vida para adultos mayores y el personal asistencial. Del mismo modo, se aplicó un pre-test y un pos-test del cuestionario del MBI y para ahondar sobre la sobrecarga y la calidad de vida laboral del personal asistencial, asumiendo que al mejorar la percepción de la sobrecarga laboral mejoraría consecutivamente en la calidad de vida. Se implementaron (10) sesiones, con una temporalidad de (5) semanas, encaminadas en (5) temas como: comunicación asertiva, proyecto de vida, estrés y ansiedad, inteligencia emocional y trabajo en equipo, y por último autoconocimiento. Estos mismos temas se pusieron en práctica en sesiones que parten de la estimulación o reforzamiento cognitivo con los adultos mayores en la día fortaleciendo sus vínculos positivamente en actividades diarias reforzadas por las actividades que facilita el centro.

Población

Del mismo modo, la población estuvo compuesta por dos grupos focales, el (grupo 1) de los adultos mayores y el (grupo 2) del personal asistencial. De acuerdo con esto, la población de adultos mayores (grupo 1) comprendía un total de 33 residentes entre un rango de edad de 70 a 97 años (Ver, Tabla 3), funcionales y no funcionales. Asimismo, este estudio se enfocó a su vez en la población del personal asistencial (grupo 2), comprendida por 13 cuidadoras formales, prestadoras de servicios básicos de enfermería, de una manera integral para los adultos mayores.

Tabla 3. *Descripción de los rangos de edad, de los adultos mayores del Centro gerontológico (RCM).*

Edades residentes	
Edades	Sujetos
70-80 Años	13
81-90 años	11
91-100 años	9

Muestra

Referente a la selección de la muestra, esta fue seleccionada por conveniencia, tomando en cuenta los dos grupos poblacionales (adultos mayores y personal asistencial), contando con 17 participantes, donde el 53% (10) son adultos mayores residentes y el 47% (9) son cuidadoras formales (ver, figura 1), pertenecientes del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor (RCM).

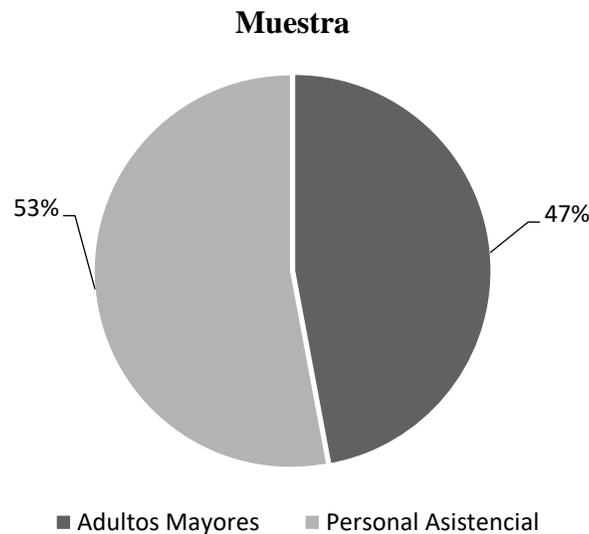


Figura 1. Descripción de la muestra de (10) adultos mayores y (9) personal asistencial (RCM)

Instrumentos

Cuestionario personal asistencial.

Durante el estudio presentado, se implementó el Cuestionario Personal Asistencial (CAP), de forma previa focalizado para inquirir en las necesidades que refieran en la calidad de vida, tanto en lo profesional, personal y familiar logrando así generar una estrategia para la adhesión al programa. Este cuestionario es una herramienta útil, que permite a esta investigación recoger información necesaria sobre la muestra que se va a intervenir, describiendo de esta manera la población a la que pertenecen (Sanz, 2015).

El cuestionario del personal asistencial se subdividido en dos segmentos de preguntas abiertas y cerradas.

1. Preguntas cerradas: entre las preguntas cerradas se encuentran los datos sociodemográficos como: situación civil, laboral, económica, profesional y en el hogar.
2. Preguntas abiertas: este apartado está enmarcado en 11 preguntas enfocadas en: relación con sus pares, actividades de ocio, emociones predominantes, estrategias de estrés, proyecto de vida, relación con compañeros de trabajo, funciones laborales, momentos de estrés y por último experiencia profesional.

A su vez, el Cuestionario del Personal Asistencial Pos-test (CPAP) es focalizado para inquirir en el impacto generado por el programa de intervención abarcando las áreas abordadas en el cuestionario personal asistencial pre-test tanto en el área profesional, personal, y familiar logrando así observar la efectividad del programa. El cuestionario del personal asistencial se subdividido en dos segmentos de preguntas abiertas y cerradas.

1. Preguntas cerradas: entre las preguntas cerradas se encuentran 2 preguntas, enfocadas en la percepción que tuvieron las cuidadoras del impacto en su calidad de vida por el programa y en la percepción que tuvieron ellas del impacto generado por el programa en la calidad de vida de los residentes.
2. Preguntas abiertas: este apartado está enmarcado en 9 preguntas enfocadas en el cambio en sus relaciones con familiares y amigos, manejo emocional, situaciones de estrés, percepción de su proyecto de vida, relación con compañeros de trabajo y superiores, motivación laboral, relación con los residentes, impacto en la calidad de vida de los residentes y del personal asistencial.

Escala WHOQOL-BREF de calidad de vida.

En segunda instancia, se efectuó la aplicación del Instrumento WHOQOL-BREF de calidad de evaluación que se administra para obtener información acerca de la valoración subjetiva de su estado de salud (Congost, 2018, p.313). Asimismo, esta escala cuenta con una fiabilidad de 0,7 y validez, está estructurada con 26 preguntas que constituyen cuatro subescalas: salud física, salud mental, relaciones sociales, entorno (Espinoza, Osorio, Torrejón, Carrasco y Bunout, 2011). Las dos primeras son independientes e indagan la percepción general del individuo sobre la calidad de vida y su salud respectivamente (Castillo, Arocha, Armas, Castillo, Cueto y Herrera, 2008) (Ver, Tabla 3).

Tabla 4. *Descripción de subescalas, números de ítems y variable de la subescala correspondientes, de la escala WHOQOL-BREF de calidad de vida*

Subescalas	N° ítems	Puntaje
<i>Físico</i>	3,4,10,15,16,17,18	35
<i>Psicológico</i>	5,6,7,11,19,26	30
<i>Social</i>	20,21,22	15
<i>Ambiental</i>	8,9,12,13,14,23,24,25	40

La tabla 4, muestra información tomada de Carballal (2014).

Asimismo, las subescalas se componen por diferentes facetas o conceptos referentes al instrumento y lo que quiere evaluar, es por esta razón que es importante definir los conceptos de

la subescalas o dominios. Dado a esto, el dominio de salud física: se compone por la percepción de energía y fatiga, dolor y disconfort , sueño y descanso, movilidad, actividad de la vida cotidiana, dependencia a medicamentos y soportes médicos, incapacidad para trabajar; En la subescala de la salud mental: se aborda la percepción del bienestar sobre el lenguaje corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, pensamientos, aprendizaje y aceptación, religión/ espiritualidad /creencias personales; Además, en el dominio de relaciones sociales: su enfoque se enmarca en percepción de satisfacción en analogía a las relaciones sociales, soporte social, actividades sexual. Por último, la subescala ambiental /entorno: se orienta en los recursos financieros, libertad, seguridad física y seguridad, servicios sociales y de salud, accesibilidad y calidad, ambiente del hogar, oportunidades para adquirir nueva información y habilidades, participación y oportunidades para recreación/placer, ambiente físico (polución / ruido/ trafico/ clima/ transporte) (Ricse, 2017).

Sin embargo, en cuanto a los resultados de la escala se connota la percepción que se tiene de la calidad de vida, pudiendo ser baja (B), media (M), y alta (A) dependiendo a los puntos de corte (Ver, Tabla 5).

Tabla 5. *Descripción de evaluación para la percepción de la calidad de vida y los puntos de corte*

Calidad de vida	
Percepción	Puntos
<i>Baja (B)</i>	<i>69 y menos</i>
<i>Media (M)</i>	<i>70-99</i>

Alta (A) 100-130

Inventario Burnout Maslach (MBI).

Además del cuestionario de calidad de vida, Moreno-Cid, Castro y Castro (2015) se implementó el Inventario Burnout Maslach (MBI) para evaluar el Síndrome de burnout en contexto asistencial, este instrumento cuenta con 22 preguntas, y 7 opciones de respuesta (escala tipo Likert de 0 a 6). Los grados de intensidad van desde (Ver, Tabla 6).

Tabla 6. *Descripción de las escalas tipo Likert y sus grados de intensidad.*

Opciones de respuesta	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días.
Intensidad De respuesta	0	1	2	3	4	5	6

La tabla 6, muestra información de Moreno-Cid, Castro y Castro (2015)

Asimismo, el instrumento con tres variables caracteriza al burnout (Ver, Tabla 7) en los profesionales de la salud: agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal (RP) (Hederich y Caballero, 2016).

Tabla 7. *Descripción de subescalas del Inventario Burnout Maslach (MBI) y el número de ítems correspondientes.*

Subescalas	N° ítems
<i>Agotamiento emocional</i>	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20
<i>Despersonalización</i>	5, 10, 11, 15 y 22
<i>Realización personal</i>	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21

La tabla 7, muestra información tomada de Moreno-Cid, Castro y Castro (2015)

Al mismo tiempo, en la literatura no hay un acuerdo para el punto de corte, y se ha descubierto que en la mayoría de las referencias se ha utilizado como medida la división de la puntuación total en tres tercios. Tomando en cuenta que la puntuación máxima de los ítems da 132 en total y la mínima es de 0, el corte nos especifica las etapas (Ver, Tabla 5) en la que se encuentra la muestra y los diagnósticos en la que se localiza la misma Moreno-Cid, Castro y Castro (2015). Además, en el inventario se pueden observar 3 etapa de diagnóstico: diagnóstico o síndrome de burnout, tendencia a tener burnout, y por último la tendencia a no estar en riesgo de este (Carballal, 2014).

Tabla 8. *Descripción de etapas de diagnóstico con sus respectivos diagnósticos y puntos de corte*

Etapa de Diagnostico	
Diagnostico	Punto de corte
<i>Diagnóstico de burnout</i>	88
<i>Tendencia a tener burnout</i>	44-87
<i>Sin riesgo</i>	0-43

La tabla 8, muestra información tomada de Carballal (2014)

Por otra parte, el instrumento cuenta con unos rangos numéricos para la valoración de las escalas en las cuales se puede tomar en cuenta para la valoración de las subescalas ya que esta nos refiere que tan bajas, medias y altas están las mismas, logrando identificar cuál de estas escalas se tendrían que trabajar para mejorar el diagnóstico (Ver, Tabla 9).

Tabla 9 . *Descripción de rangos numéricos de las subescalas.*

Rangos numéricos subescalas			
	AE	D	RP
<i>Bajo</i>	-15	-4	-33
<i>Medio</i>	15-24	4-9	33-39
<i>Alto</i>	24	9	39

La tabla 9, muestra información tomada de Moreno-Cid, Castro y Castro (2015).

Programa de intervención

El programa efectuado durante este servicio social consta con 6 fases: la primera una exploración de las necesidades, la segunda se refiere a la aplicación de los cuestionarios de evaluación pre-test. La tercera fase hace referencia al diseño de sesiones de intervención y realización de actividades satélites, la cuarta fase se enfoca en la implementación de las sesiones en ambas muestras, y la quinta fase refiere a la evaluación pos-test, por último, la fase 6 hace referencia a la presentación de los resultados del servicio social.

Fase 1. Exploración de necesidades.

Esta fase ahondó en los gustos, preferencias, problemáticas, dificultades y potencialidades tanto de la población de adultos mayores como la del personal asistencial. Esto con el fin de recolectar la información preliminar para el diseño de las sesiones del programa de intervención.

Fase 2. Aplicación de cuestionario semiestructurado y evaluación Pre-test.

Durante esta fase se efectuó la aplicación de cuestionario personal asistencial (CPA), a la población de cuidadores del centro, para inquirir en las necesidades que refieran en la misma, tanto en lo profesional, personal y familiar logrando así generar una estrategia para la adhesión al programa. Posteriormente se ejecutó una evaluación pre-test en residentes y cuidadores con el instrumento WHOQOL-BREF de calidad de vida, y el Inventario Burnout Maslach (MBI) para las cuidadoras.

Fase 3: Diseño de las sesiones de intervención y realización de actividades satélite.

Sesiones de intervención.

Durante esta fase se diseñó un programa de intervención psicológico, proyectado para la formulación de 10 sesiones, en el que se abordaron 5 temas, desarrolladas en una temporalidad aproximada de 5 semanas, donde se ejecutaron 2 sesiones semanales, la primera sesión se realizó con el personal asistencial y la segunda se efectuó con la dñada (personal asistencial-adulto mayor). Las sesiones del personal fueron enfocadas temas direccionados a sensibilizar su individualidad, proyecto de vida, autocuidado, habilidades comunicativas, importancia del trabajo en equipo, estrategias de afrontamiento en el estrés y ansiedad, estos mismos temas se pusieron en práctica en sesiones que parten de la estimulación o reforzamiento cognitivo con los adultos mayores en la dñada, (Ver, Anexo 5).

Tema 1. Comunicación Asertiva.

El objetivo principal de estas sesiones, eran generar conciencia en el personal asistencial y los residentes sobre la importancia de la comunicación a través del conocimiento de las ventajas que ofrece una comunicación asertiva. Esta sesión tuvo una duración de una hora, y se dividió en dos partes la primera sesión era para el personal asistencial y la otra en la díada (cuidador-residente).

- *Sesión 1. Personal asistencial:* La sesión focalizada en el personal asistencial conto con 3 fases, la primera fue una actividad rompe hielo, dinámica y reflexiva, donde se esperaba generar empatía en los participantes evidenciando las limitaciones de la comunicación y la importancia de la misma, en la segunda fase, se enfocó en una parte reflexiva, respondiendo a preguntas que se enfocaran en la reflexión de la dinámica, y la última parte fue de psicoeducación donde se realizó una presentación de la temática de la importancia de la comunicación y se mostró un video reflexivo.
- *Sesión 2. Díada:* La sesión con la díada se enmarco en 3 fases, la primera actividad rompe hielo, dinámica reflexiva en la que se buscaba igual que la sesión de los cuidadores la reflexión y la empatía sobre el otro para una comunicación asertiva optima, la segunda fase se esperaba que el adulto mayor reflexionara e identificara la importancia de la comunicación, la tercera fase estaba enfocada en el reconocimiento de técnicas para una mejor comunicación en la díada, y por ultimo realizar una actividad lúdica para poner en práctica lo aprendido.

Tema 2. Proyecto de vida

Por otra parte, el objetivo de estas sesiones era sensibilizar al personal asistencial motivando a la proyección de su plan de vida, generando a su vez en el adulto una satisfacción personal de lo logrado y de lo que espera por vivir.

- *Sesión 3. Personal asistencial:* Bajo esta idea, la actividad del personal asistencial se enfocó en 3 fases: la primera fase se enfocó en una presentación frente a la importancia de la proyección y el plan de vida, para una calidad de vida efectiva, posteriormente se daría un formato al personal asistencial para focalizar la proyección de calidad de vida, metas sueños, disposición, programación para la ejecución de su plan y por último la tercera fase era reflexiva sobre su propuesta, y visualización de la misma.
- *Sesión 4. Díada:* Asimismo, en la sesión de la díada se realizó una actividad donde se ejecutó una historia de vida bajo un formato que se dirigía por parte de las cuidadoras, el objetivo era reflexionar sobre la biografía de los adultos mayores y que ellos recordaran lo que habían logrado como una manera de motivación y reforzamiento en la memoria autobiográfica.

Tema 3. Estrés y ansiedad.

Por otra parte, estas sesiones se focalizaron en sensibilizar al personal asistencial y a los adultos mayores frente a buscar estrategias de afrontamiento adecuadas en momentos de estrés y ansiedad para una mejor calidad de vida.

- *Sesión 5. personal asistencial:* La sesión del personal asistencial se enfocó, en la primera fase, de una presentación con video frente de que es el estrés y la ansiedad y cómo manejar ambos aspectos para una mejor calidad de vida, y la importancia de reducir el estrés y la ansiedad. En la segunda fase, se realizó un ejercicio de imaginación guiada, por último, en la tercera sesión, se realizó una reflexión sobre el ejercicio y como dirigirlo a los residentes.
- *Sesión 6. Díada:* En cuanto a la díada se ejecutó de igual forma, la primera fase se realizó ejercicio físico para la activación muscular. La segunda fase, se realizó ejercicio de mindfulness dirigido por el facilitador con apoyo del personal asistencial.

Tema 4. Inteligencia emocional y trabajo en equipo.

El objetivo principal de esta sesión fue concientizar al personal asistencial y a los adultos sobre el trabajo en equipo y la inteligencia emocional.

- *Sesión 7. Personal asistencial:* Durante la fase del personal asistencial, se dividió en dos fases, la primera se enfocó en la presentación de dos videos, uno explicativo sobre inteligencia emocional, y el segundo reflexivo sobre el trabajo en equipo; en segundo momento se realizó una reflexión sobre los videos proyectados, y por último se realizó una actividad didáctica reflexiva para el mejoramiento de la cohesión y trabajo en equipo.
- *Sesión 8. Díada:* la sesión se enfocó en el trabajo en equipo mediante un juego didáctico de Bingo en el cual el personal asistencial ubicara y les brindara colaboración a los residentes, para tener un juego más productivo, dándole la indicación a los residentes que jugaran en equipos para evidenciar, la temática abordada en la sesión anterior. En cuanto a

la inteligencia emocional, no se abordó el tema en la diada por el espacio brindado por la institución, y en el cual se adaptó la sesión al juego del cronograma, como una forma de dar herramientas en el que posteriormente se trabaje la diada en la cotidianidad.

Tema 5. Autoconcepto.

El objetivo de esta sesión fue abordar el autoconcepto que el individuo tiene de sí mismo, llegando a un juicio de valor tanto en el personal asistencial como en los adultos mayores.

- *Sesión 9. Personal asistencial:* la sesión se enfocó en dos partes, la primera en la presentación de un video de la importancia de la comunicación, del amor propio y de la percepción que tenemos de los otros, entre otros temas del que se enfoca el video, posteriormente se realizó un ejercicio para reconocer las fortalezas y debilidades personales, como la percepción de sus compañeras, promoviendo empatía y reconocimiento de sus relaciones y de la autopercepción de si, alcanzándose bajo el ejercicio de identificar y reconocer quienes somos, como percibimos a los demás, y como los demás nos perciben a nosotros, que tenemos que tenemos que mejorar y que nos caracteriza.
- *Sesión 10. Díada:* la sesión se ejecutó en una actividad de estimulación cognitiva, en donde se abordaron las fortalezas y debilidades de los adultos mayores con ayuda del personal asistencial, generando un vínculo más positivo entre la díada, generando empatía y reforzamiento positivo tanto en los residentes, generando una proyección del futuro en los cuidadores cuestionando quienes son y quienes quieres llegar a ser.

Actividades Satelite.

A su vez, se apoyaron las actividades satélites de estimulación cognitiva, huerta gerontológica, valoraciones psicológicas, grafomotricidad, bingo, pintura, entre otras. La estimulación cognitiva estuvo enfocada en la ejecución de un conjunto de ejercicios basados en los principios de la plasticidad cerebral, en los que se fundamenta la realización de ejercicios mentales, modificando y creando nuevas conexiones en el cerebro, y de actividades destinadas a mejorar y/o mantener las capacidades mentales de una persona a lo largo del tiempo (Gómez-Ruiz, 2015).

Asimismo, se realizaron “píldoras semanales” como una estrategia de motivación personal donde se promueve el autocuidado del personal asistencial propiciando mejoría del bienestar físico y mental por medio de mensajes reflexivos, de esta manera, el cuidador tenga presente que el autocuidado es una responsabilidad permanente que repercute en el estado de salud, especialmente en las actividades diarias que van más allá de las necesidades básicas, generando y desarrollando conductas que favorecen la salud física y mental, y por ende esto va a repercutir en una mejor atención a sus pacientes.

Fase 4: Implementación del programa.

Durante esta fase, fue implementado el programa de intervención psicológica y sus sesiones que en la fase 3 fueron diseñados.

Fase 5: Evaluación pos-test.

Asimismo, se efectuó una evaluación pos-test, del instrumento WHOQOL-BREF y el Inventario Burnout Maslach (MBI) para medir el impacto como efecto del programa ejecutado,

además se aplicó una versión adaptada del CPA, para ahondar en las variables relacionadas al área tanto personal como laboral del personal asistencial, y medir la percepción que tenían las cuidadoras del programa y la efectividad del mismo.

Fase 6: Presentación de resultados.

Por último, en esta fase se entregó el programa diseñado e implementado, y el balance general de la comparación pre-test y pos-test por medio del informe final.

Capítulo 8. Resultados

Durante este capítulo, se presentarán los resultados del presente estudio, desglosándose en seis apartados: primeramente, se caracterizará en un cuestionario del personal asistencial donde enfoca en preguntas abiertas y cerradas, enmarcadas en el área sociodemográfica, familiar, laboral y socioeconómica de las cuidadoras. Posteriormente, se evidencian la evaluación Pre-test del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF para los adultos mayores y el personal asistencial, y el cuestionario MBI para el personal asistencial; En tercer momento, se enfocara en los resultados de la evaluación de las sesiones diseñadas para el programa del personal asistencial; El cuarto apartado, se enfoca en el pos-test observando el impacto generado por el programa en ambos cuestionarios, y por último los resultados de las actividades satélites realizadas por la necesidad latente en RCM.

Cuestionario Personal Asistencial

Evaluación Pre-test

El cuestionario personal asistencial (CAP) se dividió en preguntas abiertas y cerradas, mencionadas anteriormente en la metodología del presente informe. Identificándose que esta muestra de cuidadoras cuenta con una edad promedio de 33 años, en una el rango de edad entre los 21 a 55 años. Asimismo, en RCM prevalece el personal de género femenino, el 67% están casadas o en unión libre, y el otro 33% están solteras. En cuanto al estrato, predominó el estrato 2 con un 67 % y los estratos 1, 3 y 4 con un 11% cada uno. Además, el nivel de escolaridad predomino en un 78% la escolaridad técnica, y el otro 11% las cuidadoras señalaron que solo realizaron su primaria, pero no la culminaron, sin embargo, a pesar de ello, estas realizaron

diplomados y cursos de Gerontología y el cuidado del adulto mayor. Asimismo, otro 11% de las cuidadoras manifestó haber culminado sus estudios universitarios.

Entre otros aspectos, el 88% de las cuidadoras manifestaron que tienen a su cargo entre 1 a 3 personas, sin embargo el 12% está a cargo entre 4 a 3 personas, Además, se encontró que un 67% de las cuidadoras pasan sus tiempos libres compartiendo con la familia y que un 33% lo utiliza en labores domésticas, Asimismo, su salario promedio predomina entre el 1 a 2 salarios mínimos legales manifestado por el 56% de la muestra, sin embargo el 33% de las cuidadoras manifestó que se ganaban un salario mínimo legal y el otro 11% prefirió no responder.

Asimismo, en las preguntas abiertas que aborda el cuestionario del personal asistencial Pre-test, se ahondo en componentes o áreas personales como laborales, en el componente personal se abordaron categorías como relaciones personales, tiempo libre, emociones, estrategias de estrés y proyecto de vida con sus respectivas subcategorías. Además, en el componente laboral, las categorías se focalizaron en relaciones con los compañeros de trabajo y superiores, motivación, funciones laborales, estrés, experiencia laboral y sus subcategorías (Ver Tabla 10 y Tabla 11).

Tabla 10. *Descripción de categorías y subcategorías del ámbito Personal que emergieron del análisis del (CPA) Pre-test.*

Componente Personal	
Categoría	Subcategoría
Relaciones personales	- Tiempo compartido con la familia y amigos - Momentos emotivos

	- Unión familiar y relaciones con los pares.	- Comunicación y convivencia asertiva
Tiempo libre	- Actividades de ocio y tiempo en familia - Pasatiempos y salidas - Diligencias	- Actividades de ocio - Tiempo con los pares
Emociones	- Autorealización personal - Emociones y sentimientos	- Inteligencia emocional - Estrés y emociones
Estrategias de estrés	- Reconocimiento y manejo del estrés - Pensamientos y soluciones - Control del entorno	- Evitación del estrés - Relajación y espiritualidad - Comunicación y calma
Proyecto de vida	- Enfoque y sentido de vida - Motivación - Calidad de vida	- Cumplimiento de objetivos - Futuro de los hijos - Proyección del futuro

En el ámbito o componente personal, se abordó la percepción de las relaciones personales, se destacó el tiempo compartido, momentos emotivos, unión familiar y con sus pares, convivencia asertiva, entre otras, donde las cuidadoras manifestaban afirmaciones como: "*hemos*

compartido mucho, salido, comidas con familiares”, “respecto a mi familia han sido buenas, hemos estado muy unidos en los últimos meses, y respecto a mis amigos, tengo muy pocos pero si me gustaría estar un poco más con ellos”, “mis relaciones personales con mis amigos y familiares son: cercanas, cordiales”, “con mis amigos trato de compartir mis tiempos libres mi familia más pendiente de mi mama por cuestiones de salud”, “llego, hablamos un rato, como y me voy y para mi casa a dormir, junto con mi esposo”. A su vez, se enmarca la percepción que tienen de las actividades realizadas en el tiempo libre, mencionado como: “dormir, hacer aseo, caminar”, “paseo con mi hija juegos o piscina”, “ver tv, realizar actividades con mi familia, salir a hacer compras escuchar música”, “las actividades que más realizo son: lectura, caminata, ver televisión, salidas familiares a diferentes sitios”, “hacer vueltas personales”, en lo anterior mencionado, se evidencia que las cuidadoras en sus tiempos libres realizan actividades de sus gustos y preferencias, compartiendo con la familia, actividades de ocio y pasatiempos, además lo utilizan para realizar gestiones personales, entre otras.

Asimismo, la percepción emocional de la muestra del personal asistencial, se evidenciaron afirmaciones sobre las últimas semanas refiriendo que se mantuvieron: *“alegre de haber cumplido 12 años con mi pareja, emoción que voy a viajar”, “alegría por que comparto tiempo con mi familia unión, amor, paciencia, esperanza”, “muy pocas veces tristeza, amor, alegría”, “procuro que las emociones que lleguen a mi sea las mejores, paz ,tranquilidad, armonía”, “me siento alegre porque voy a tener a mi primer hijo y eso me emociona”, “alegría, tolerancia, convivencia”, entre otros. En estas afirmaciones se denotan emociones enmarcadas en alegría, tristeza, también experiencias personales con su pareja y con los hijos, como la asociación que realizan del estrés y las emociones.*

También, se abordó la percepción de las estrategias de estrés, de las cuidadoras y del manejo de la misma, a lo que afirmaron: *"si en el trabajo, me relajo para no estresarme más espero y cuento hasta 10"*, *"si, trato de alejarme de las personas o la situación que la está generando y si no es posible alejarme, trato de respirar y calmarme y pensar q' puedo hacer para solucionarlo"*, *"si, callarme"*, *"si claro, respirar profundo y dejar que Dios actúe"*, *"si, alejarme calmarme y pensar para organizarme"*, entre otros. Connotando formas espirituales, reconocimiento de pensamientos y manejos de estrés, entre otros.

Por último cuando se ahonda en el proyecto de vida, las cuidadoras manifiestan que *"si, siempre lo he tenido y aunque algunas veces las cosas no salen como uno espera trato de siempre mantenerme enfocada"*, *"si, porque uno debe proyectarse para poder cumplir sueños y metas"*, *"quiero algún día tener mi casa propia"*, *"si, porque deseo sacar a mis hijos adelante con estudio y buena educación que tengan un buen futuro"*, entre otros. En esta categoría se observa, como las cuidadoras tienen aspiraciones, sueños y metas que se quieren lograr, percibiéndose la importancia que tiene este para la calidad de vida, motivación y sentido de vida.

De esta manera, como se había mencionado anteriormente, se abordaron aspectos laborales, (Ver, Tabla 11), el personal asistencial manifestó, en el enfoque de las relaciones laborales, relacionadas a la comunicación con compañeros y superiores, trato, diferencias y soluciones, respeto y asertividad en la relaciones, y comunicación, a su vez, una parte de la muestra en el discurso evidencia relaciones no tan asertivas con los superiores, manifestándose en afirmaciones tales como: *"con mis compañeras con todos me hablo, no he tenido problemas con ninguno, con mis superiores casi no comparto"*, *"con mis compañeras bien aunque tenemos diferencias trato de solucionar los problemas y con mis superiores no tengo mucha*

comunicación con ellos pues tampoco siento que sean malas relaciones", "con mis superiores muy bien mis compañeros algunas veces no colaboran", "mis superiores con mucho respeto, mis compañeros buscar la mejor manera de decir las cosas para que no hayan mal entendidos", "con la jefe es una relación chévere, facilitadora y subdirectora no muy buena, con mis compañeros con algunos buenos y con otros malos".

Tabla 11. Descripción de las categorías y subcategorías del ámbito laboral que emergieron del análisis del (CPA) Pre-test.

Componente Laboral			
Categoría	Subcategoría		
Relaciones laborales	- Comunicación asertiva y trabajo en equipo	-	Relación con compañeros y superiores
	- Diferencias y soluciones		
Motivación Laboral	- Satisfacción con el rol y la población	-	Necesidad y sustento familiar
	- Desmotivación laboral	-	Insatisfacción en la comunicación
	- Incomodidad y cansancio emocional	-	Amor y gratificación por el rol
Funciones laborales	- Explicaciones claras	-	Calidad de servicio
	- Información por medio del contrato e inducción	-	Reto personal
		-	Desinformación esporádica

	-	Conocimiento de las funciones e indicaciones diarias	
--	---	--	--

Generador de estrés	-	Percepción del estrés diario	-	Carga emocional y estrés
	-	Satisfacción del rol	-	Percepción diaria de los adultos y compañeros
	-	Adultos generadores de estrés	-	Desenvolvimiento

Experiencia laboral	-	Aprendizaje personal	-	Satisfacción en el trabajo
	-	Aprendizaje y valoración a la familia	-	Valores de la vida
	-	Práctica de lo aprendido	-	Admiración personal
			-	Sentido a la vida

Asimismo, se ahondo si la muestra se sentía motivadas laboralmente y cuál era la percepción de la misma en las últimas semanas, afirmando: *"sí, porque amo mi trabajo, vivo agradecida con Dios por haberme permitido que yo llegara a este trabajo tan bonito, y gratificante", "si, me gusta lo que hago", "si, por que es parte del sustento para mi familia", "si, porque es una labor muy bonita de compartir e interactuar con cada residentes", " si, porque me ha dado herramientas para salir adelante con mi familia con tener una casita propia"*, en este orden de ideas se puede percibir la motivación en el trabajo está enfocada, en lo espiritual, en lo familiar y en lo personal. Por otra parte, otro grupo manifestó un descontento y falta de motivación relacionada a la percepción que tienen los superiores de su trabajo observándose en

afirmaciones como: *“no, en algunas ocasiones te hacen sentir que entre más menos q nada de lo q tú haces sirve de igual siempre hay un pero por todo nunca sobresaltan algo bueno sino lo malo”, “me gusta mi trabajo, pero hay muchas cosas que se han vuelto incomodas para el grupo de trabajo, y genera un cansancio, como emocional”, “no, muchas veces miran solo el lado malo y no lo bueno, creen en personas que no están bien de la cabeza”.*

De esta manera, también se abarco el conocimiento de las funciones laborales, donde se manifestó: *“sí, porque me dieron instrucción cuando entre a trabajar y me dijeron las funciones que tengo que realizar”, “si, porq me las han explicado muy bien”, “por la información que recibí en mi contrato”, “si, siempre me indican”, “si, por la calidad de servicio que debemos brindarle a la fundación”,* en este orden de ideas, las cuidadoras tienen el conocimiento necesario para prestar los servicio sin embargo, una de las cuidadoras manifiesta que *“no, varias veces sacan cosas de las que uno no sabe”,* observándose un posible fallo en la comunicación intralaboral.

Ahora bien, otro de los temas abordados en el cuestionario era si los adultos mayores eran generadores de estrés, la mayoría de cuidadoras manifestó; *“no, me encanta trabajar con ellos me gusta la labor q hago”, “no, todo marcha bien”, “no, hay que saberlos entender y escucharlos”, “no, porque debemos de manejar las situaciones que se nos presenta y mantener la calma a cualquier situación”, no, es más fácil trabajar con ellos que con algunos compañeros”;* Sin embargo otras manifestaron que: *“si, a veces los cambios de ánimo de ellos generan un poco de carga emocional en nosotros y eso genera estrés”,* en lo que se evidencia una falencia en el manejo de las emociones y estrategias de estrés.

Por último, era necesario saber cómo ha sido la experiencia personal y profesional en la atención a la población mayor, por lo que el personal asistencial expreso: *"mi experiencia ha sido muy bonita, porque ellos refleja mucha ternura amor, y pues la verdad, siempre ha gustado trabajar con adultos mayores, de que a la edad de ellos todavía se puedan aprender muchas cosas con ellos"*, *"me ha gustado mucho, es una labor muy linda, además que he aprendido muchas cosas que me han servido para aplicarlas con mi abuela"*, *"trabajar con adultos mayores es una experiencia de mucho aprendizaje donde he aprendido el manejo de cada uno"*, *"para mí ha sido grato trabajar con la población mayor sus experiencias y su estado emocional es de admirar son personitas muy vulnerables que merecen mucho cariño"*, la experiencia con la población de adultos mayores genera en las cuidadoras satisfacción, admiración, valores y aprendizaje personal, sentido de vida y satisfacción en el trabajo, por ende se percibe una ganancia tanto en lo personal como en lo profesional generada por la atención a la población de los adultos mayores.

Evaluación Pos-test

El Cuestionario del Personal Asistencial Pos-test (CPAP), abordo componentes o áreas tanto personales como laborales, ya abordadas en el Pre-test, el cuestionario tuvo preguntas abiertas y cerradas, entre las preguntas abiertas, se abordaron temas como relaciones personales, emociones, estrés y proyecto de vida, para contrastar con el Pre-test, para observar la percepción del impacto generado por el programa, donde también se ahondaron preguntas del ámbito laboral, como de sus relaciones laborales, motivación y relación con los residentes (ver Tabla 12) y (ver Tabla 13). Posteriormente, se realizaron preguntas cerradas con su respectiva justificación,

queriendo enmarcar el impacto que tuvo el programa a nivel personal, como la percepción que para las cuidadoras tuvo en el adulto mayor (ver Figura 2) y (ver Figura 3)

Tabla 12. Descripción de las, categorías y subcategorías del ámbito Personal que emergieron del análisis del (CPAP) Pos-test.

Componente Personal		
Categoría	Subcategoría	
Relaciones Personales	- Sentimientos encontrados	- Aprendizaje y satisfacción
	- Colaboración y tiempo familiar	- Percepción de cambio
		- Prioridad
		- Empatía y comunicación
Emociones	- Autocontrol y manejo de emociones	- Percepción de cambio
	- Tranquilidad	- Trabajo en equipo
Estrés	- Autocontrol	- Pausas activas
	- Meditación	- Percepción de cambio
	- Técnicas de relajación	
Proyecto de Vida	- Procrastinación	- Seguridad
	- Autoconocimiento	- Prioridades claras
	- Planes en acción	- Mejoría de vida
	- Proyección de metas	

Por consiguiente, en las relaciones personales las cuidadoras afirmaron *“si, han mejorado, he podido ayudar más en mi casa, y he tenido más tiempo para compartir con mis amigos”*, *“si, siento que puedo ser más sincera sin agravarnos, sin ofender y eso me hace sentir cómoda”*, *“si, ahora comparto más con mi familia y es mi prioridad”*, *“si, he aprendido a ponerme en los zapatos de mis semejantes, a tolerarlos y a tener mejor comunicación”*, se logró evidenciar que en esta evaluación Pos-test las cuidadoras describieron sentimientos que no conocían de sí mismas, se perciben más colaboradoras, más sinceras sin magnificar las situaciones, más empáticas, y refirieron que aprendieron a identificar y poner en marchas las prioridades. Sin embargo, otras cuidadoras percibieron que no se generaron cambios en su dimensión personal.

Además, se plasmó la percepción de los cambios emocionales percibido en las últimas semanas, donde se observan afirmaciones como: *“si, a autocontrolarme”*, *“si, me siento más tranquila, más cómoda más equilibrada”*, *“preocupaciones, pero también alegrías que he aprendido a manejar para que no me afecto tan a fondo”*, *“si ahora controlo más mis emociones y son más asertivas”*, en estas afirmaciones, se puede inquirir que la mayoría de la muestra percibe un cambio en lo emocional, donde refieren que aprendieron a autocontrolarse, se sienten más tranquilas, aprendieron a manejar las emociones, entre otras, sin embargo una de las cuidadoras no percibe cambio generado por el programa.

Además, las cuidadoras también manifestaron cambios en las estrategias de estrés, afirmado como: *“no mentalizarlas tanto y tratar de distraerme”*, *“respirar profundo, analizar qué puedo hacer para mejorar esa situación”*, *“No me dejo afectar tanto por el estrés cuento*

hasta 10, me alejo respiro y digo todo pasara, el personal usa la comunicación”, “estrategias de respiración”, “pausas activas, me alejo respiro profundo y luego sigo con los que estaba haciendo”, en esta categoría analizada se puede observar que se contribuyó a un cambio en las estrategias de afrontamiento, donde se logró un aprendizaje, utilizando técnicas de respiración, relajación, meditación, entre otras.

Por último, en la categoría de proyecto de vida la mayoría de las cuidadoras afirmaron, *“si, en los últimos días he tenido tiempo para analizar en que tengo que mejorar, y he creado nuevos proyectos”, “si, me ha servido porque estoy poniendo en marcha mis planes”, “si, mi proyecto de vida está más fortalecido y esta fortalecida por encima de muchas cosas, antes no tenía claras mis prioridades”, “si, ha cambiado para el mejoramiento de mi diario vivir”,* observándose que las cuidadoras se sienten más seguras, que pudieron constituir de forma más adecuada una proyección para la ejecución de su plan de vida.

Tabla 13. *Descripción de las categorías y subcategorías del ámbito Laboral que emergieron del análisis del (CAP)Pos-test.*

Componente Laboral			
Categoría	Subcategoría		
Relaciones laborales	- Relaciones jerárquicas	-	Relación disruptiva con superiores
	- Soluciones asertivas		
	- Barreras comunicativas	-	Percepción de cambio
Motivación laboral	- Percepción laboral	-	Estrategias de motivación

	- Cambios en la motivación	- Pertinencia motivacional
	- Comunicación asertiva	- Trabajo en equipo
Relación con los residentes	- Comunicación asertiva	- Relación asertiva
	- Percepción de cambio	- Cambios conductuales
	- Pertinencia relacional	- Rutina diferente

En el ámbito laboral, una de las categorías fue relaciones laborales, donde se abordó si el personal asistencial había percibido cambio en esta categoría posterior a la implementación del programa, en donde afirmaron: *“hemos podido hablar sobre lo que acontece en el día a día a pesar de las diferencias hemos encontrado soluciones”, “si, con mi jefe es complicado y con mis compañeros más o menos”, “mi relación con mis compañeras es buena, con mi jefe inmediato también, pero con los superiores no es tan buena”, “pues con mi jefe la relación es muy buena, con mis compañeros ha mejorado, pero aún falta con mis superiores la relación no es muy buena”*, la percepción de las cuidadoras frente a la relación laboral se optimizó, observando una mejoría en la relación con sus compañeras tanto en la comunicación como en la forma de relacionarse, sin embargo, las cuidadoras manifiestan que perciben la relación con los superiores como poco asertiva, no refiriéndose ningún cambio en ese aspecto. Además, se identificó que en motivación laboral hubo afirmaciones como, *“sí, pero no mejorado mucho estrés laboral y nada de motivación todo está mal”, “no mucho, aunque trato de siempre tener la mejor actitud, y enfrentar las situaciones que se presentan”, “mi motivación es trabajar soy feliz en lo que hago”, “si hay más trabajo en grupo, más unión y colaboración”*, en esta categoría se puede

visualizar que la motivación no ha tenido mucho impacto bajo la percepción de las cuidadoras, evidenciándose también que las relaciones intralaborales con jefes y superiores es influyente en la misma.

Por último, respecto a la relación con los residente la muestra afirmo: *“no, con los residentes ningún cambio”, “no, siempre han estado bien”, “todos los días son diferentes”, “la relación con los residentes siempre ha sido muy buena”, “no ha cambiado aún es muy buena, pero si han mejorado los lapsos en los que se alteraban”*, en esta categoría se puede inquirir que la percepción que tienen la muestra es referente a no haber generado un impacto significativo, sin embargo algunas manifiestan que se coadyuvo en los lapsos de tiempo en que se alteran los residentes, contribuyendo a aspectos como en la comunicación y diálogo.

Asimismo, el CPA Pos-test abarco, la percepción que tiene el personal asistencial frente al impacto que genero el programa en su calidad de vida, en lo que se evidenció, que la muestra estuvo entre un rango de 6 a 10, donde 10 fue la puntuación máxima y 6 la puntuación mínima, las puntuaciones que mayor prevalencia tuvieron fue las puntuaciones 8 y 9, y las puntuaciones menos prevalentes fueron 6 y 10, evidenciándose que las cuidadoras perciben que el programa genero un impacto en su calidad de vida, (ver figura 2).

Impacto de la calidad de vida Pers. Asistencial

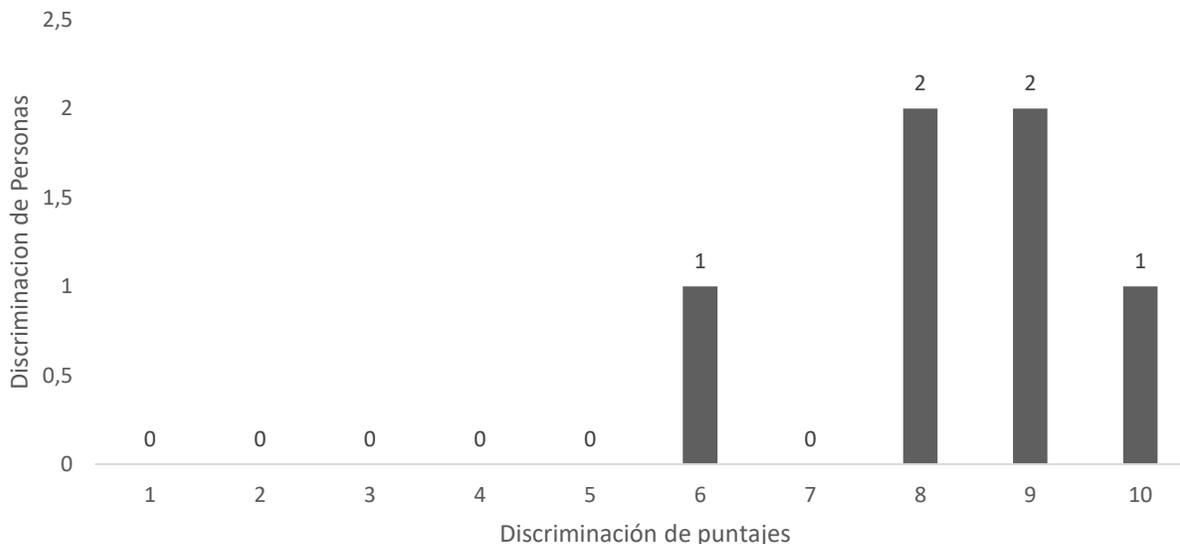


Figura 2. Discriminación del impacto percibido por el personal asistencial de su calidad de vida.

A su vez, se corrobora los datos de la figura 2, con los datos recogidos cualitativamente en la justificación de la pregunta, donde las cuidadoras afirman: *“me ha ayudado a darme cuenta de errores que tenía, debo mejorar a sobrellevar el estrés a observar más”, “porque aprendí a manejar el estrés laboral y porque aprendí a manejar mis relaciones con mis compañeros, superiores, amigos y familia”, “porque se aprende a ser más tolerante, ser paciente a tener empatía”, “porque aprendimos y es un apoyo para nosotros y los funcionarios”, “el programa implementado ha sido muy bueno nos ayudó mucho a manejar el estrés , tanto laboral como personal, al priorizar las cosas hemos sabido aprovechar el tiempo libre por poco que sea, y darnos cuenta que es importante distraernos y no solo estar trabajando todos los días”, “ya que he podido mejorar mucho en la comunicación y el manejo del estrés gracias al apoyo”, en este*

sentido se evidencia el impacto a nivel no solo personal y laboral, sino también , en el trabajo en equipo, la comunicación, el estrés, las relaciones tanto laborales como familiares y personales, entre otras.

Por último, se evidenció también el impacto que percibieron las cuidadoras en la calidad de vida de los adultos mayores, donde el rango estuvo entre 5 y 10, siendo el máximo 10 y en mínimo 5, el valora más prevalente fue el puntaje 8, y los menos prevalentes, pero igual importantes el 5, 6,7 y 10. Observándose que la percepción que tienen las cuidadoras frente al impacto que tuvo el programa en la calidad de vida.

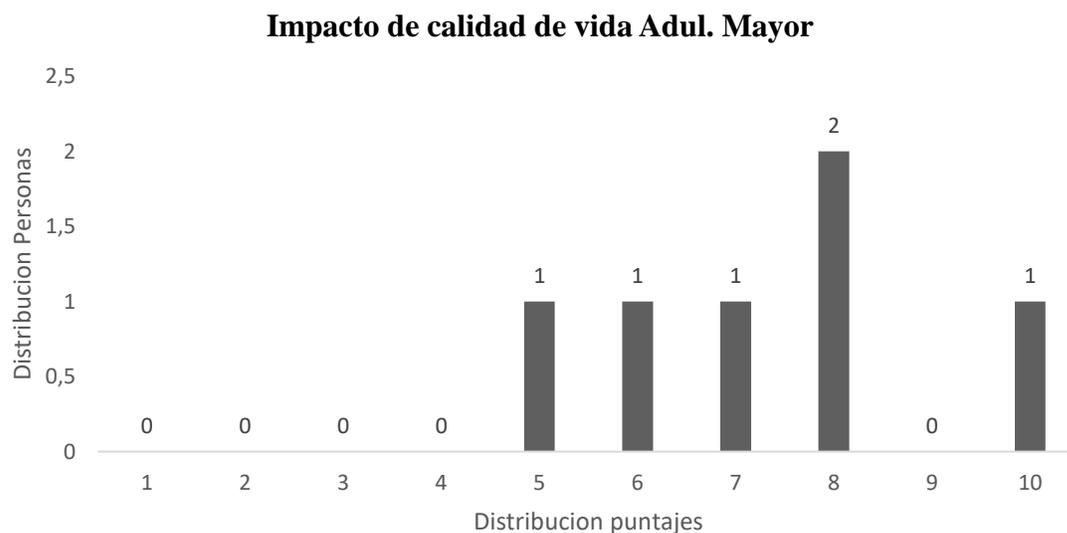


Figura 3. Discriminación del impacto percibido por el personal asistencial de su calidad de vida.

Por consiguiente, el resultado obtenido también se logra contrastar cualitativamente con la justificación de la respuesta, donde la muestra afirma: *“para bien se han unido más y se han vuelto más participantes”*, *“porque no estuve en ninguna capacitación con ellos entonces no*

sabría que se habló con ellos, pero si en los momentos de estrés pues aprendí a manejarlo y a no dejar que afecte mi relación con ellos” “Porque el programa brinda empatía y los residentes se sienten cómodos porque se sienten con la importancia que tienen”, “porque a ellos les gusta las actividades y también la realiza”, “con los residentes la calidad de vida ha sido un poco mejor, ya que al saber manejar el estrés laboral se nos hace más llevadero pasar el turno junto a cada uno de los residentes y se les brinda a ellos más confort y mejores cuidados”, “por qué ha implementado actividades que gustan a los residentes y pueden expresar y participar en el día a día con los demás residentes”, “se puede notar que no se maneja el mismo nivel de estrés y en los lapsos que tienen las crisis”, frente a estas afirmaciones las cuidadoras perciben que los adultos han generado más participación, comodidad para el residente, las cuidadoras tienen más autocontrol por ende logran dividir la situaciones de estrés con el rol que desempeña en función del adulto, disminuyendo la ansiedad en los estados de crisis.

Cuestionario de la calidad de vida WHOQOL-BREF

Adultos mayores.

Por otro parte, en el Pre-test del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF, participaron 10 adultos mayores con una edad promedio de 85 años, y entre un rango de edad de 74 a 97 años, en una etapa de vejez-y grandes ancianos (Acero, 2015). En cuanto a los puntajes del cuestionario se arrojó que la percepción promedio de calidad de vida del grupo de adultos mayores fue de 78, con un rango de 97 a 67 puntos, demostrando que algunos adultos perciben que a su edad tienen una satisfacción en su calidad de vida y que otros no tanta, (Ver Figura 4). Por último, se obtuvo una percepción de la calidad de vida entre media y baja, el puntaje

mediano estuvo entre el 90% y el bajo entre 10%. Donde el 90% (9) adultos perciben tener una calidad de vida Media y un 10% (1) adulto percibe tener una calidad de vida Baja.

Pre-test Puntaje Total Subescalas CV Adultos Mayores

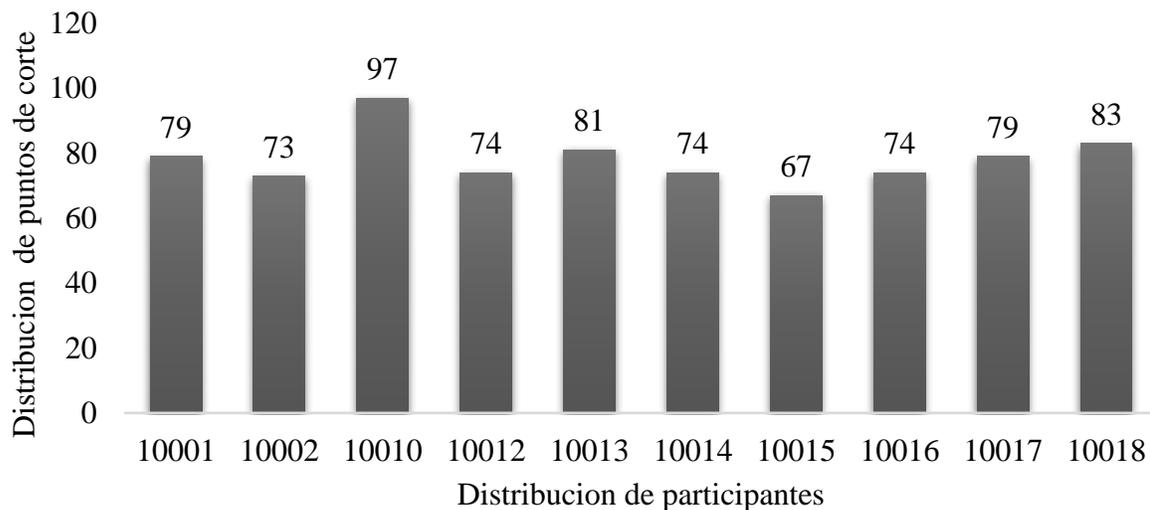


Figura 4. Resultados de la evaluación Pre-test, de la percepción de calidad de vida de los adultos mayores participantes

Asimismo, las subescalas contrastan los resultados anteriores, especificando cuál de estas variables se pueden impactar, en las esferas física, psicológica social y ambiental. En la Figura 4, se evidencia como en el dominio o sub-escala salud física el promedio que tuvo la población fue de 23 puntos, sin embargo, el rango del puntaje de la sub-escala fue de 15 el menor y el mayor de 34; en cuanto a la salud psicológica, el promedio percibido por la muestra fue de 19 con un rango de 14 a 24, esta esfera en contraste con la puntuación total está por debajo entre 5 a 10 puntos; asimismo en la subescala relación social, el promedio de este fue 8, con un rango de 5 a 70

11 en puntuación total estando de 3 a 10 punto por debajo de la puntuación máxima, por último el entorno o ambiente, esta sub escala tuvo un promedio de 27 puntos, con un rango de 21 a 31 puntos, este puntaje estuvo entre 10 a 20 puntos por debajo de la puntuación máxima (Ver Figura 5). Respecto a los resultados de las subescalas de CV se pudo determinar que una manera de generar impacto en la muestra era interviniendo en el dominio salud mental, relación social, y entorno.

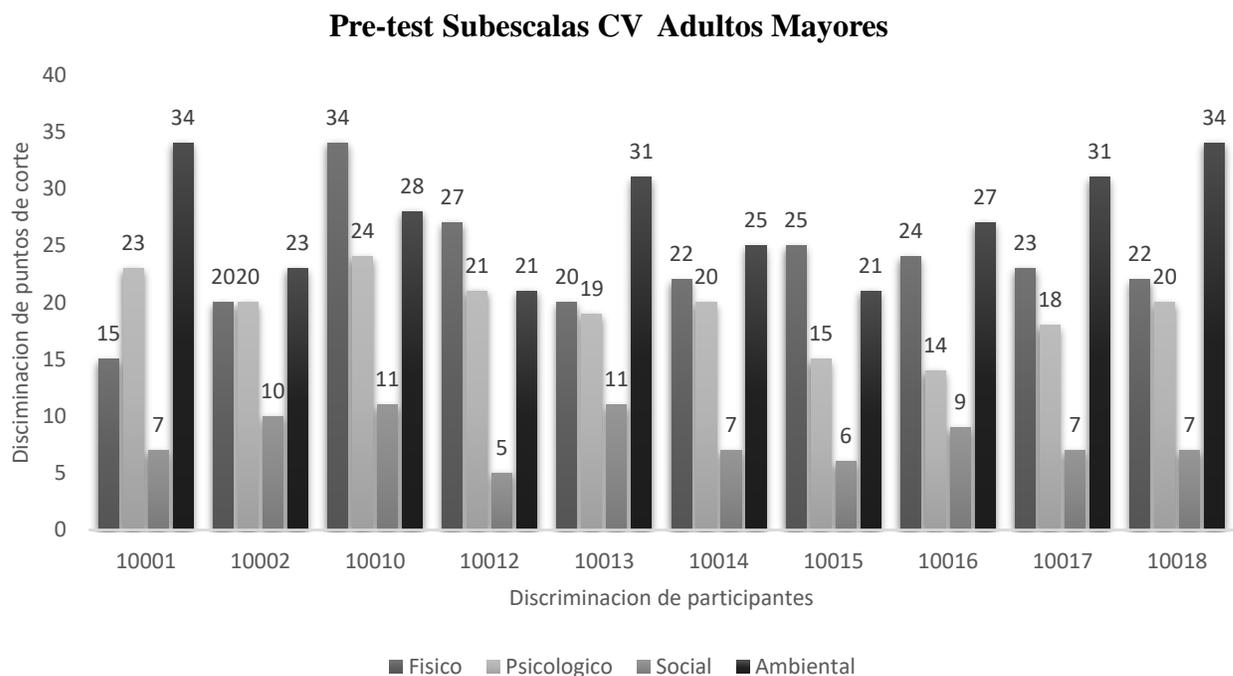


Figura 5. Distribución de la evaluación Pre-test, de las subescalas del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF en los adultos mayores participantes

Asimismo, en la ejecución del pos-test del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF, participaron 7 adultos mayores de la muestra de 10, dado que en este tiempo 1 de las

participantes no se encontraba en el centro gerontológico y los otros dos eran esposos, pero una de las participantes falleció y por ende no se encontró prudente realizar la investigación con el conyugue. En cuanto a los puntajes Pos-test, se encontró que la percepción promedio de calidad de vida del grupo de adultos mayores fue de 94, con un rango de 108 a 76 puntos, demostrando que algunos adultos perciben que a su edad tienen una satisfacción en su calidad de vida y que otros no tanta (Ver, Figura 6). Por último, se obtuvo una percepción de la calidad de vida entre media y Alta, el puntaje de la media estuvo entre el 57%, y el alto entre 43%. Entendiendo que el 57% (4) adultos perciben que tienen una calidad de vida media, y el 43% (3) adultos perciben que su calidad de vida es alta en las últimas 2 semanas.

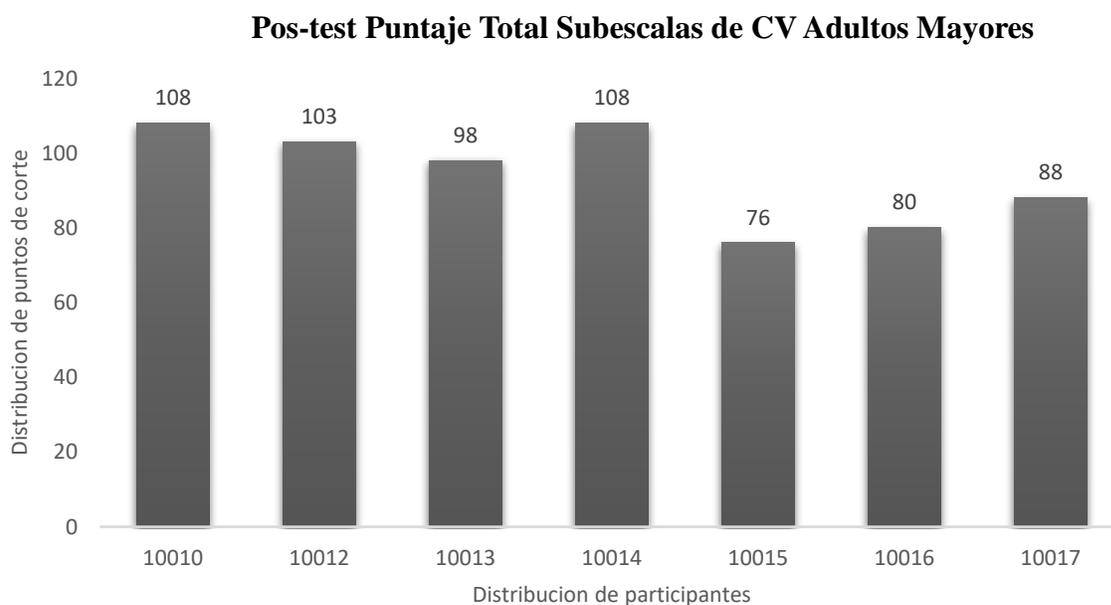


Figura 6. Resultados de la evaluación Pos-test, de la percepción de calidad de vida de los adultos mayores participantes

Además, las subescalas contrastan los resultados anteriores, especificando cuál de estas variables se impactó en el pos-test, en las esferas física, psicológica social y ambiental. En la Figura 5 se evidencia como en el dominio o sub-escala salud física el promedio que tuvo la población fue de 28 puntos, sin embargo, el rango del puntaje de la sub-escala fue de 21 el menor y el mayor de 35; en cuanto a la salud psicológica, el promedio percibido por la muestra fue de 24 con un rango de 17 a 29, asimismo en la subescala relación social, el promedio de este fue de 10, con un rango de 7 y 13 en puntuación total, por último el entorno o ambiente, esta sub-escala tuvo un promedio de 32 puntos, con un rango de 27 a 38 puntos, (Ver Figura 7). Respecto a los resultados de las subescalas de CV se pudo determinar que se impactaron todos los dominios de las subescalas sin embargo los dominios salud mental, relación social, y entorno tuvieron un cambio significativo coadyuvando al mejoramiento de los resultados finales y, por ende, en la calidad de vida.

Pre-test Subescalas CV Adultos Mayores

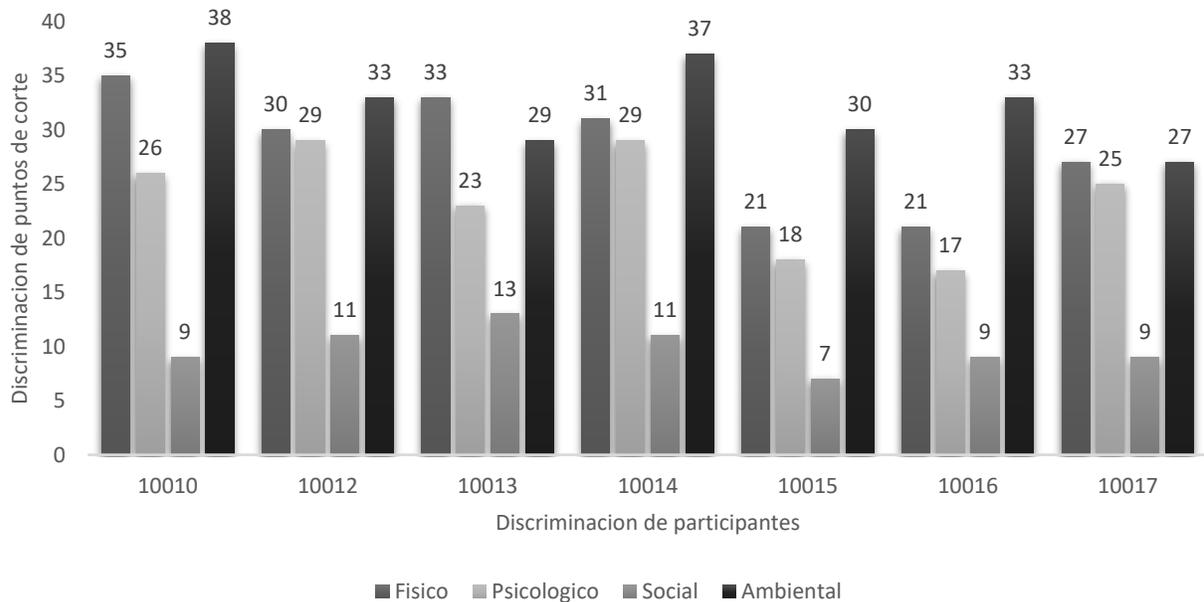


Figura 7. Distribución de la evaluación Pos-test, de las subescalas del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF en los adultos mayores participantes

Por consiguiente, en los apartados Pre-test y Pos-test de evidencio el impacto generado tanto en las puntuaciones total de los resultados del Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF como en las subescalas, qué reportadas en la evaluación pre-test se habían percibido como débiles o en un nivel más bajo. En la figura 8, se observa los cambios percibidos por los cuestionarios tanto en el Pre-test como en el Pos-test, evidenciándose que en el Pos-test se obtuvo un impacto significativo en comparación a los resultados Pre-test en todos los participantes.

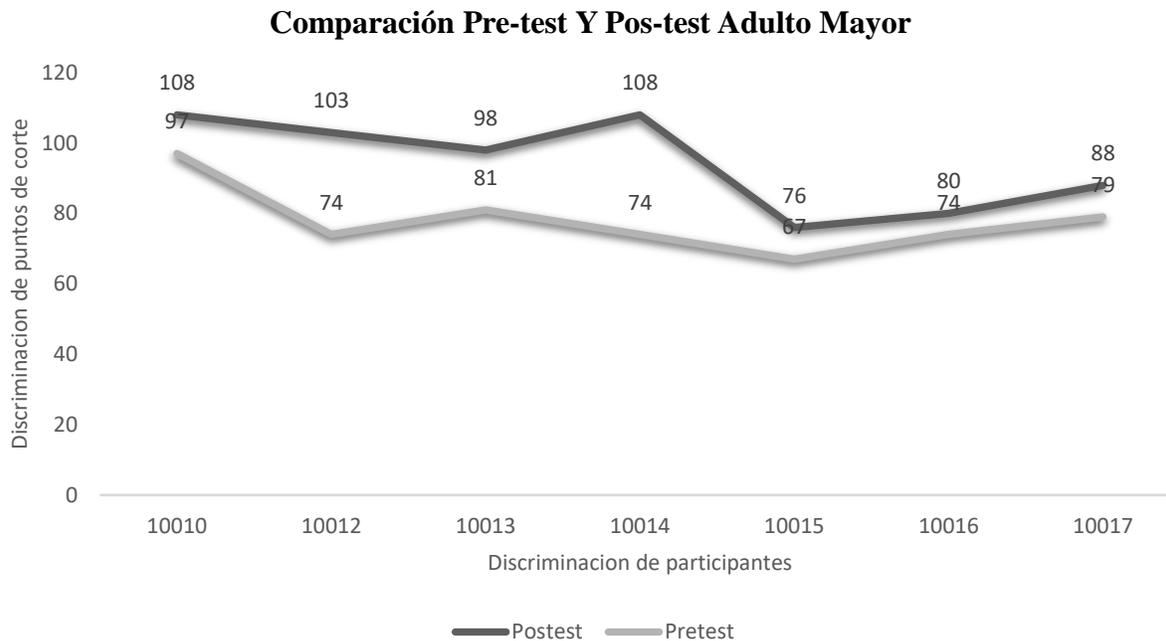


Figura 8. Distribución la evaluación Pre-test y Pos-test, del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF en los adultos mayores participantes.

Personal asistencial

Algo semejante ocurre con las cuidadoras, donde participo la misma muestra que participo en el Pre-test en el cuestionario del personal asistencial, se encontró que la percepción promedio de calidad de vida del grupo de cuidadoras es de 89, con un rango de 103 a 77 puntos (Ver Figura 9), observándose que las cuidadoras perciben que su calidad de vida se encuentra entre alta en un 89% y media en un 11%, donde el 89% (8) cuidadoras perciben tener una calidad de vida media, y el 11% (1) percibe tener alta su calidad de vida.

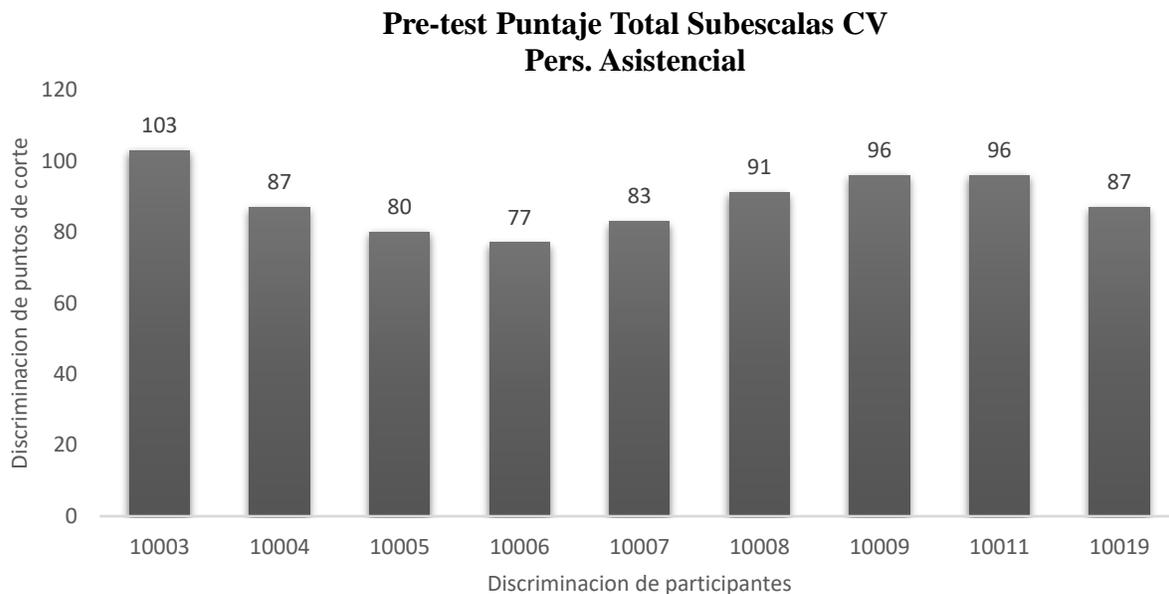


Figura 9. Resultados de la evaluación Pre-test, de la percepción de calidad de vida del personal asistencial.

Por otra parte, en el dominio o subescala salud física el promedio que tuvo la población fue de 27, puntos sin embargo el rango del puntaje de la sub escala fue de 21 el menor y el mayor de 32; en cuanto a la salud psicológica, el promedio percibido por la muestra fue de 23 con un rango de 20 a 27, esta esfera en contraste con la puntuación total está por debajo entre 3 a 10 puntos; asimismo en la subescala relación social, el promedio de este fue 11, con un rango de 9 a 14; Finalmente la subescala entorno o ambiente, tuvo un promedio de 28 puntos, con un rango de 24 a 32 puntos, este puntaje estuvo entre 8 a 16 puntos por debajo de la puntuación máxima. De esta manera, a partir de los resultados obtenidos se pudo entender que las dimensiones por mejorar debían estar enfocadas en la salud mental y el entorno (Ver Figura 10).

Pre-test Subescalas CV Pers. Asistencial.

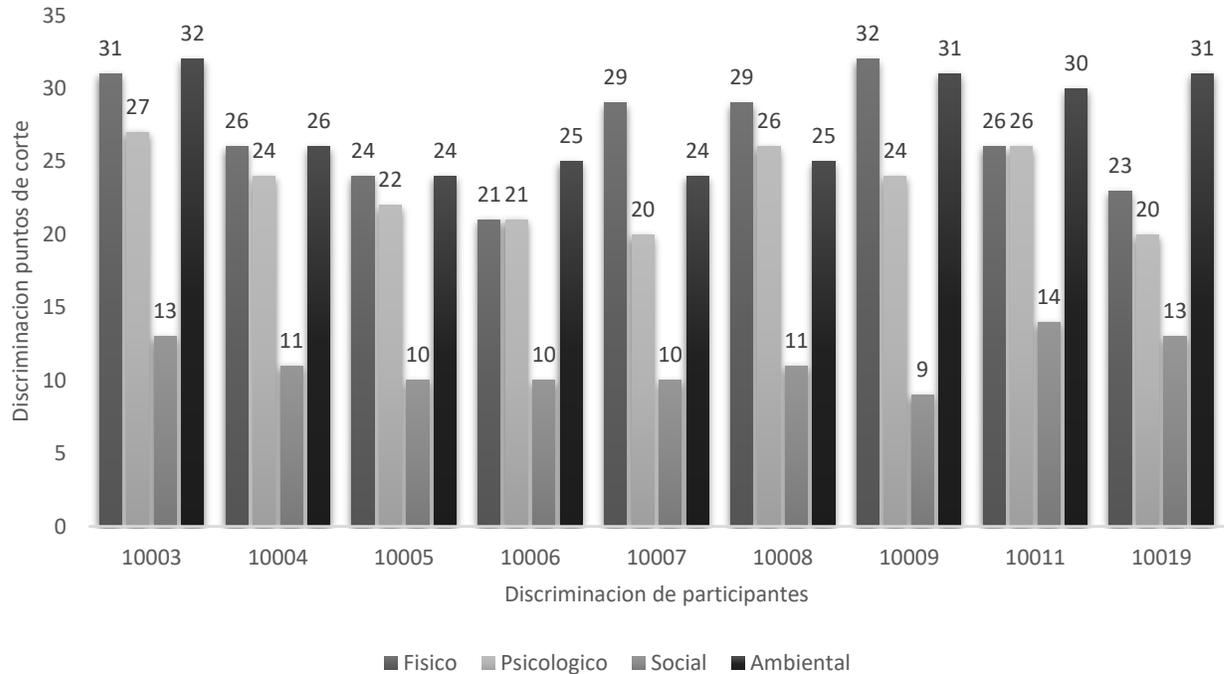


Figura 10. Distribución del Pre-test, de las subescalas del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF en el personal asistencial.

Por consiguiente, en el Pos-test del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF , participo la misma muestra que en el cuestionario del personal asistencial Pos-test, arrojando que la percepción promedio de calidad de vida del grupo de cuidadoras es de 96, con un rango de 114 a 85 puntos (Ver Figura 11), observándose que las cuidadoras perciben que su calidad de vida se encuentra ente el 75% alta y 25% como media. Donde el 75% (6) cuidadoras perciben tener una calidad de vida media, y el otro 25% (2) cuidadoras, percibe tener una alta calidad de vida.

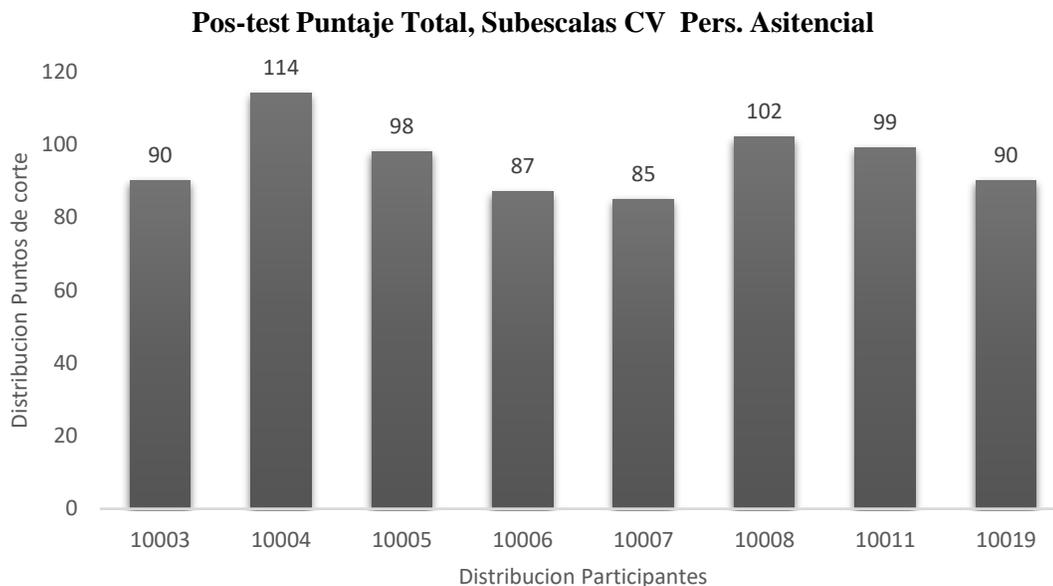


Figura 11. Resultados de la evaluación Pos-test, de la percepción de calidad de vida del personal asistencial.

Por otra parte, en el dominio o subescala salud física el promedio que tuvo la población fue de 28, puntos sin embargo el rango del puntaje de la sub escala fue de 23 el menor y el mayor de 33; en cuanto a la salud psicológica, el promedio percibido por la muestra fue de 27 con un rango de 25 a 34; Asimismo en la subescala relación social, el promedio de este fue 11, con un rango de 8 a 14; Finalmente la subescala entorno o ambiente, tuvo un promedio de 29 puntos, con un rango de 24 a 36 puntos. (Ver Figura 12).

Pos-test Subescalas CV Pers. Asistencial

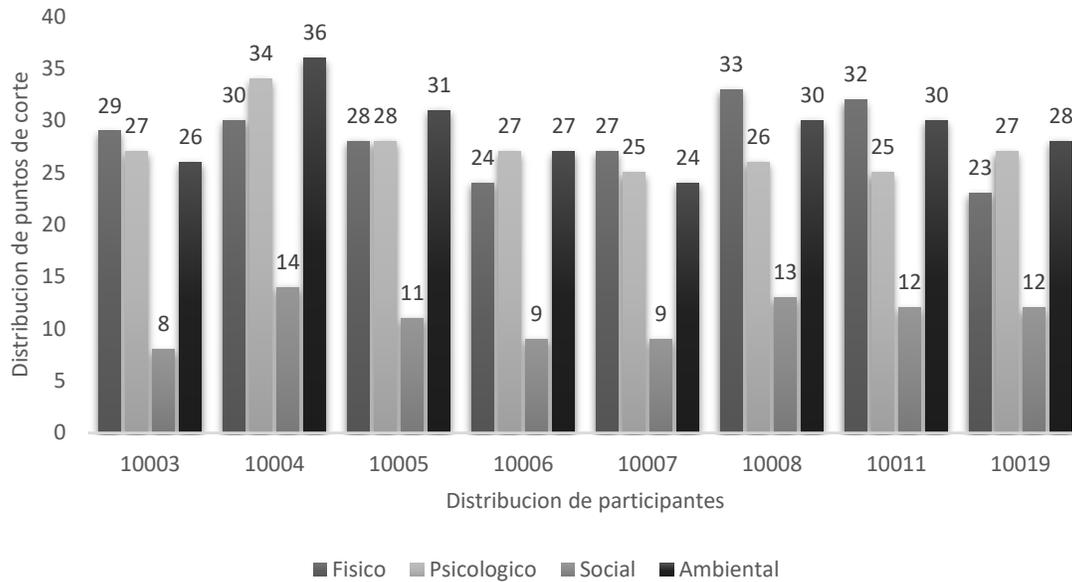


Figura 12. Distribución del Pos-test, de las subescalas del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF del personal asistencial,

Asimismo, en los apartados Pre-test y Pos-test de evidencio el impacto generado tanto en las puntuaciones total de los resultados del Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF, como en sus subescalas que en el Pre-test se había percibido como débiles o no tan fuertes. En la figura 13, se observa los cambios percibidos por los participantes reflejados en los cuestionarios tanto en el Pre-test como en el Pos-test, evidenciándose que en el Pos-test se obtuvo un impacto significativo en comparación a los resultados Pre-test en todos los participantes, sin embargo, una de las auxiliares no percibió cambio como el resto de las compañeras, la auxiliar con el código 10003, refleja que en la evaluación Pre-test tenía una mejor percepción de calidad de vida.

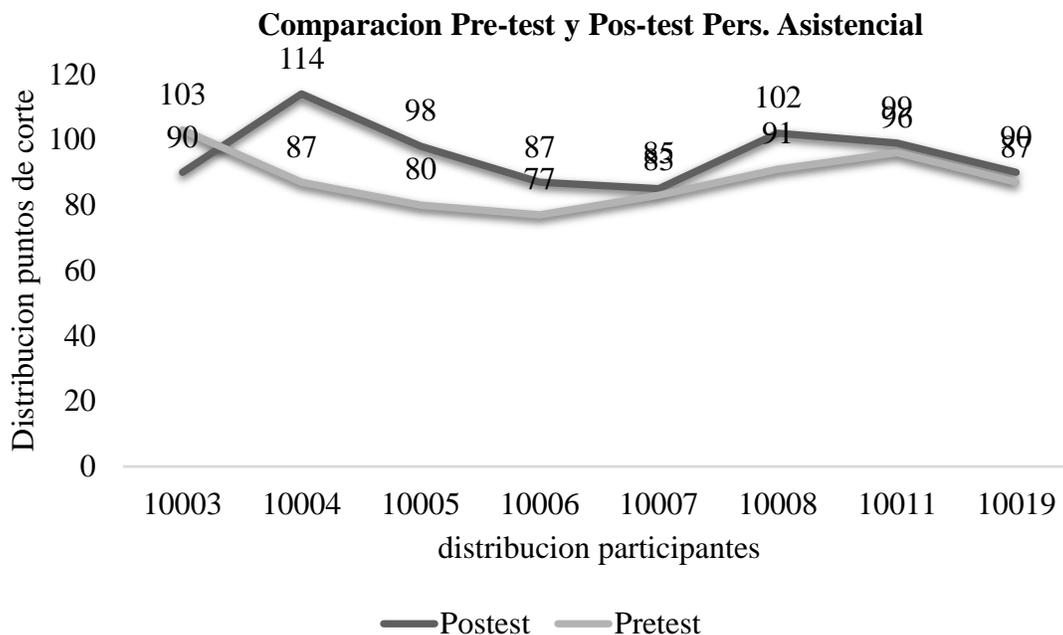


Figura 13. Distribución la evaluación Pre-test y Pos-test, del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF en el personal asistencial

Inventario Burnout Maslach (MBI).

Personal asistencial.

En el presente Pre-test se evidencia que la muestra de cuidadoras, se observó un promedio de 58 de la puntuación total, sin embargo, la puntuación total estuvo entre un rango de 76 en puntuación total máxima, y en 43 de puntuación total mínima. De la misma manera, en relación con la subescala de agotamiento emocional (AE), nueve (9) personas puntuaron bajo y dos (2) puntuaron alto; asimismo en la subescala de despersonalización (D), seis (6) personas tuvieron puntuaciones bajas, dos (2) medias, y una (1) altas. En cuanto a la subescala de realización

personal (RP), ocho (8) personas puntuaron alto y solo una (1) persona puntuó un nivel medio (Ver Figura 14).

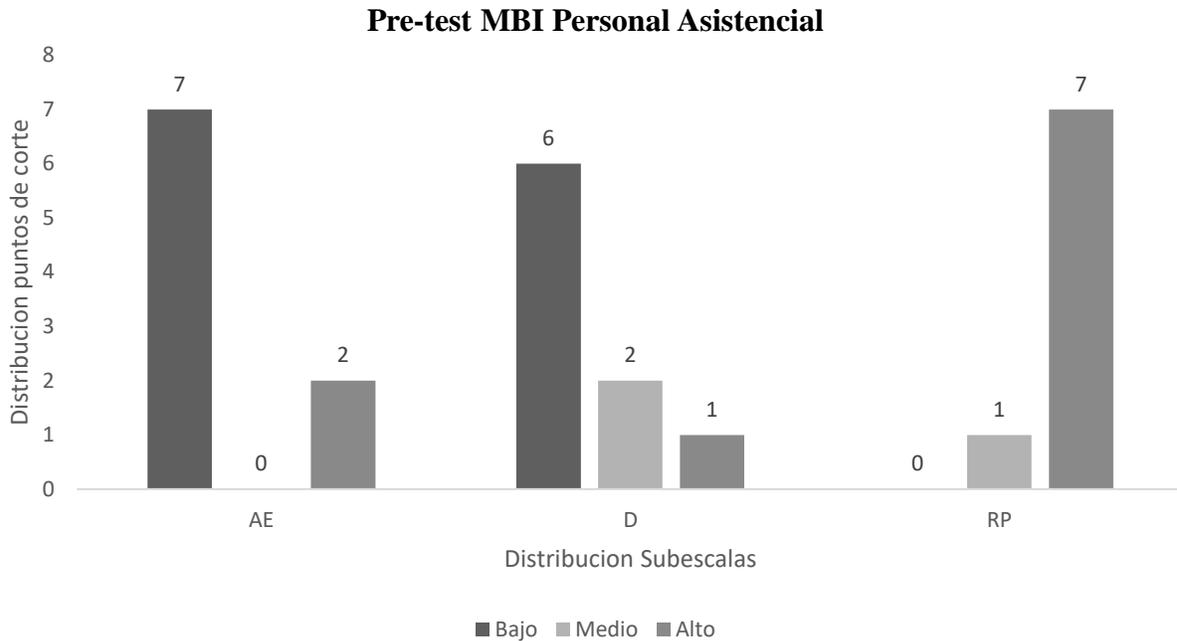


Figura 14. Discriminación del Pre-test del personal asistencial del MBI.

Además, se puede entender las etapas del burnout, y su diagnóstico, por el cual la muestra del personal asistencial señala una tendencia a tener un diagnóstico de burnout con un 87%, (7) cuidadoras y otra parte señala que no tiene riesgo de burnout con un 13% (1) cuidadora (Ver Figura 15).

Etapa de Burnout Personal Asistencial

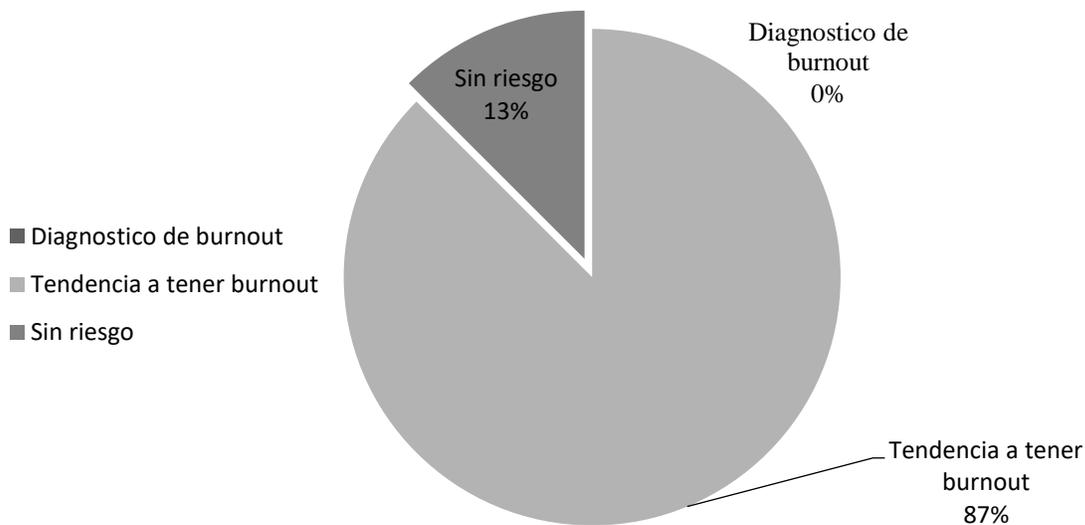


Figura 15. Distribución de etapas de burnout, diagnostico, tendencia o sin riesgo al síndrome.

Asimismo, en la evaluación Pos-test del MBI, muestra que las cuidadoras puntuaron un promedio total en el Pos-test de 54 puntos, en un rango de 66 en puntuación máxima y 45 en puntuación mínima. De igual manera en las subescalas de agotamiento emocional (AE), cinco (5) personas puntuaron bajo, dos (2) puntuaron medio y una (1) puntuó alto; Asimismo en la subescala de despersonalización (D), siete (7) personas tuvieron puntuaciones bajas, una (1) media y una (1) altas. En cuanto a la subescala de realización personal (RP), cinco (5) personas puntuaron alto y tres (3) persona puntuó un nivel medio (ver Figura 16).

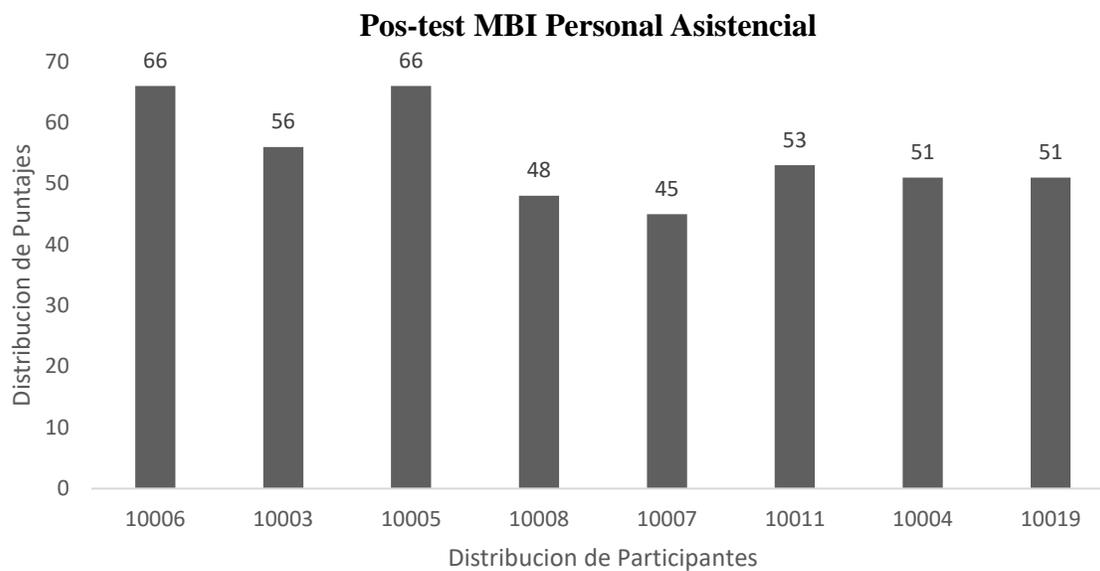


Figura 16. Discriminación del Pos-test del personal asistencial del MBI.

Por consiguiente, en el Pos-test también se logró evidenciar la tendencia del diagnóstico de Burnout, en el que se evidencia 100% de tendencia a burnout, 8 de 8 cuidadoras estuvieron entre un rango de puntaje total entre 44-87 (Ver Figura 17).

Etapa De Burnout Personal Asistencial

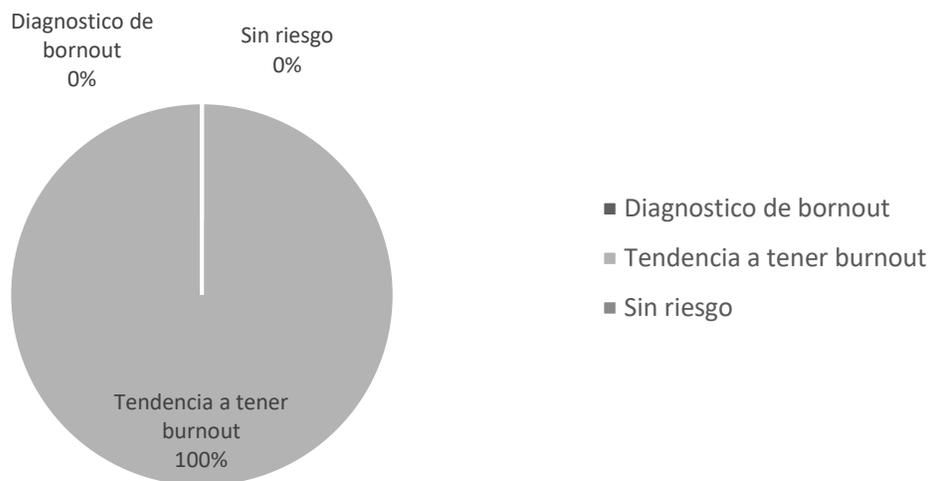


Figura 17. Distribución de etapas de burnout, diagnostico, tendencia o sin riesgo al síndrome.

Asimismo, se hizo una comparación de las evaluaciones Pre-test y Pos-test donde se evidencio el impacto generado en el MBI, observándose cambios percibidos por los participantes reflejados en el Pre-test evidenciándose un rango de 76 a 43 puntuaciones totales, y en el Pos-test un rango de 66 a 45 de las mismas: A pesar de que en el Pos-test se muestra una mejora significativa de las puntuaciones disminuyendo 10 puntos el rango máximo, se observa, que las cuidadoras que en el Pre-test tuvieron puntuaciones de 58,45,55 y 42, en el Pos-test presentaron un aumento de la puntuación manifestando puntajes de 66, 56, 66 y 48. Sin embargo, la participantes que en el Pre-test puntuaron 76, 69,70 y 54 en el Pos-test disminuyeron las puntuaciones a 45, 53, 51 y 51, aunque se encuentren en tendencia a burnout se puede evidencian una disminución de las puntuaciones. (Ver Figura 18)

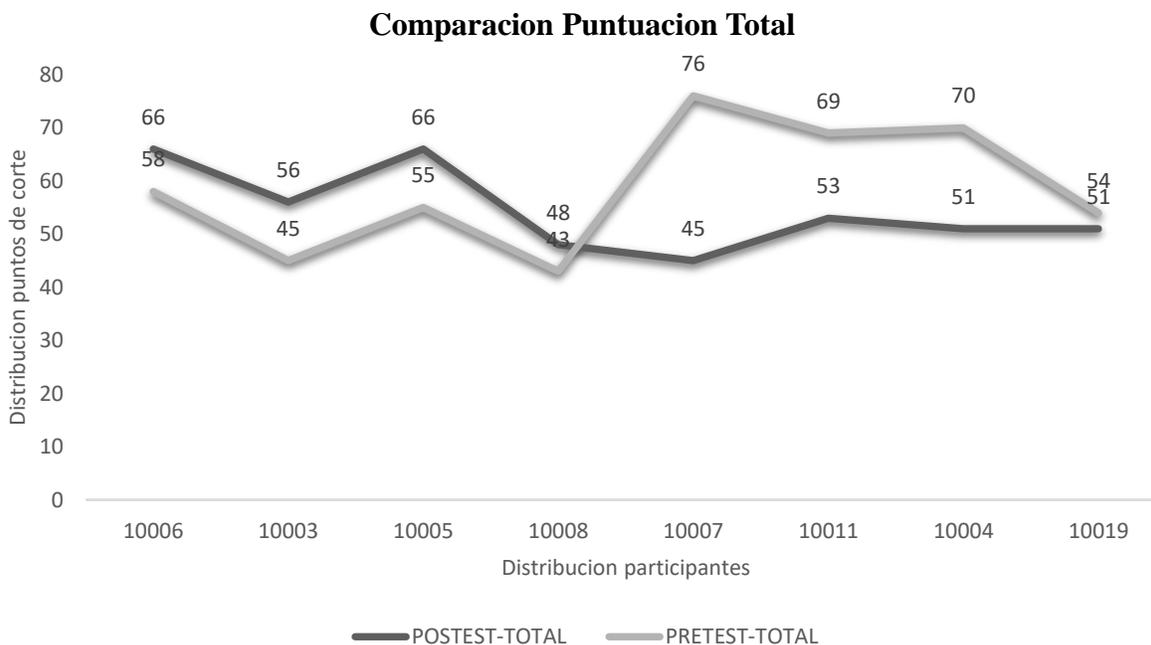


Figura 18. Distribución la evaluación Pre-test y Pos-test, del Inventario Burnout Maslach (MBI).

Sesiones de intervención

Las sesiones del personal fueron enfocadas en la sensibilización de su rol laboral como de su individualidad o factores personales, que son importantes para la proyección y motivación personal, los temas que se tomaron en cuenta fueron: tema 1, se enfocó en la comunicación asertiva y la importancia en el rol de enfermería como en su vida diaria; tema 2, se encaminó en proyecto de vida de vida; tema 3, se orientó en estrés y ansiedad y la importancia de cómo manejarlo con estrategias de relajación, meditación y mindfulness; tema 4, se focalizo en la inteligencia emocional y en el trabajo en equipo; y por último tema 5, se encauzó en el autoconcepto, estas mismas temáticas se pusieron en práctica en sesiones que parten de la estimulación o reforzamiento cognitivo con los adultos mayores en la dñada, (Ver, Anexo 5). Sin embargo, los resultados

presentados a continuación se focalizaron en las sesiones con el personal asistencial. Cabe resaltar que la evaluación de la diada se ejecutó en el cuestionario de del personal asistencial, ya que nos interesaba saber la percepción que estos tenían frente a las sesiones de la diada, a los adultos mayores no se les pregunto dado que esta población tiende a ser muy agradecida y las actividades que se les realizan no tienen cierta parcialidad en la respuesta, por ende, se prefirió realizarlo de esta forma.

Tema 1. Comunicación asertiva.

En la evaluación de la sesión con el personal asistencial, se tuvieron puntajes entre excelente y bueno, en contenido y pertinencia de la actividad, en cuanto el aprendizaje aprendido se obtuvo un resultado excelente, en cuanto a la claridad tuvo prevalencia en ser excelente, y en cuanto al tiempo tuvo mayor prevalencia en regular, por ende las cuidadoras tuvieron una prevelección de (53%) en puntaje total en excelente, pero (29%) puntuó bueno, sin embargo, en cuanto a tiempo la puntuación fue prevalente en ser regular (18%), sin embargo, (0%) ninguna cuidadora, puntuó malo (Ver Figura 19).

Sesion 1. Personal Asistencial

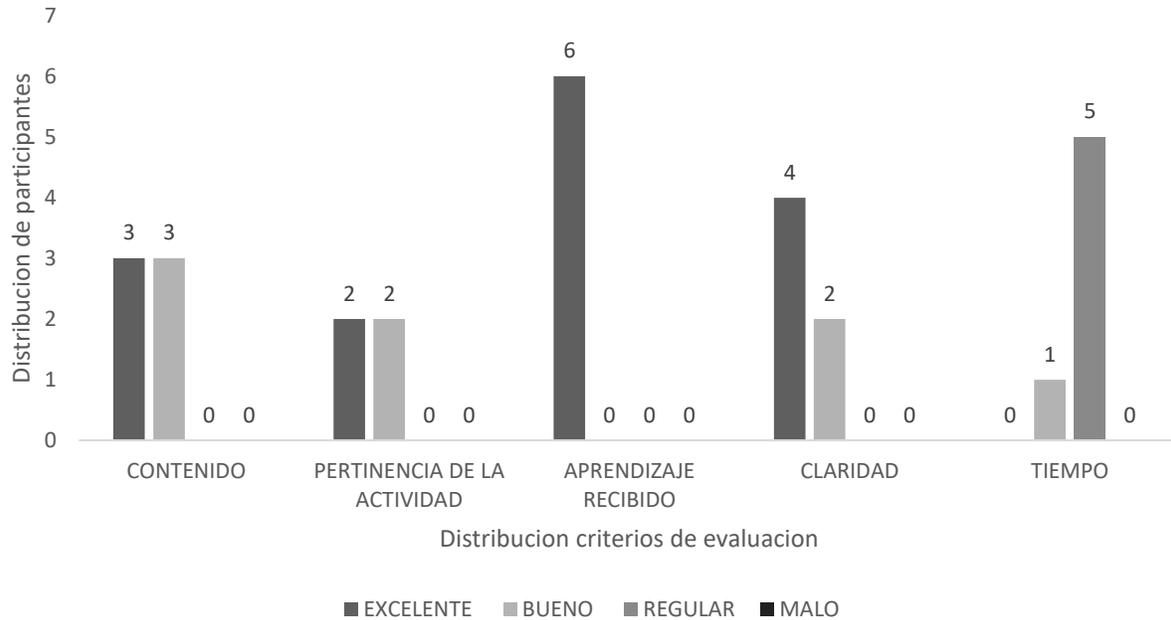


Figura 19. Discriminación de los criterios de evaluación de la sesión 1, comunicación asertiva y la discriminación de los participantes según el criterio.

Tema 2. Proyecto de vida

En esta evaluación de la sesión 3 del personal asistencial, el contenido tuvo una prevalencia de ser excelente, y solo 1 persona puntuó bueno, asimismo en la pertinencia de la actividad y claridad se obtuvieron puntuaciones iguales en ser excelente y bueno, además, en aprendizaje recibido y tiempo se obtuvo la prevalencia en ser excelente (67%) y solo una minoría refirió ser bueno (33%) (véase, figura 20).

Sesión 3. Personal Asistencial

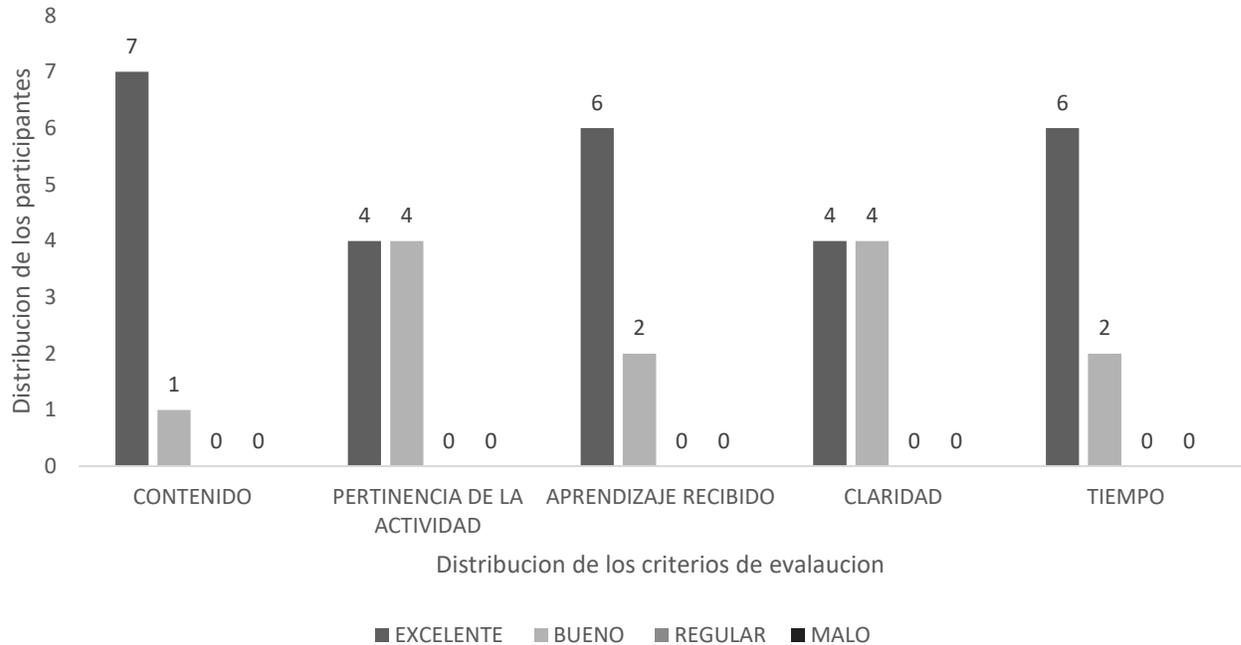


Figura 20. Discriminación de evaluación sesión 3, proyecto de vida y la discriminación de los participantes según el criterio.

Tema 3: Estrés y ansiedad.

Durante la evaluación de la sesión 5, tuvo una prevalencia en contenido pertinencia de la actividad, aprendizaje recibido, claridad y tiempo de la variable excelente (77%), sin embargo, también durante las mismas variables se puntuaron buenas (23%).

Sesion 5. Personal Asistencial

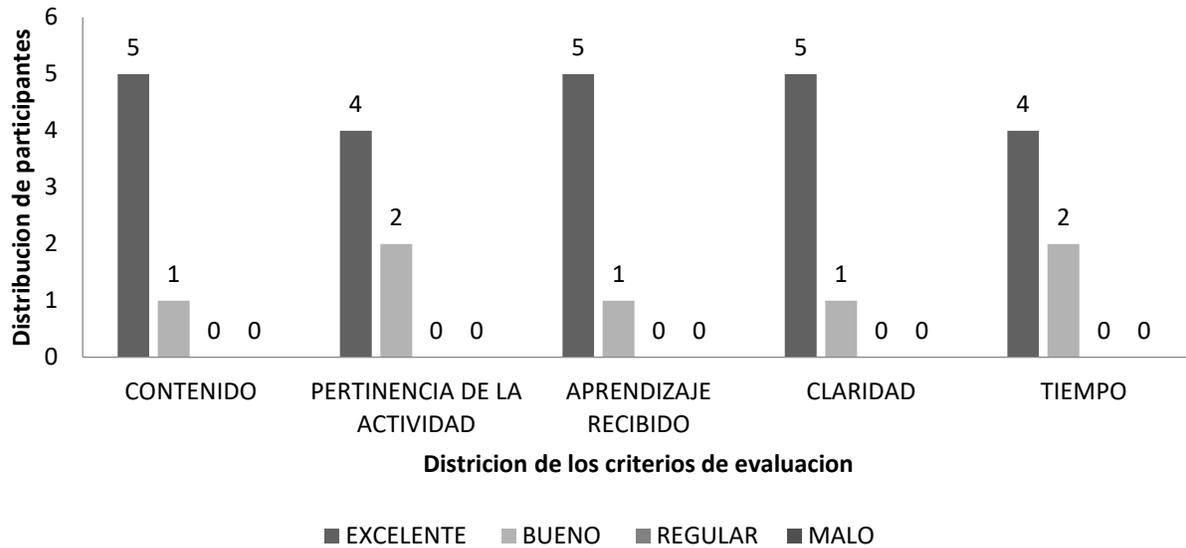


Figura 21. Discriminación de evaluación sesión 5, estrés y ansiedad y la discriminación de los participantes según el criterio.

Tema 4. Inteligencia emocional y trabajo en equipo.

La presente evaluación de la sesión 7, tuvo prevalencia en el resultado excelente con un 100% en las diferentes variables evaluadas como lo fueron, el contenido, la pertinencia de la actividad, el aprendizaje recibido, claridad y el tiempo de la sesión.

Sesion 7. Personal Asistencial

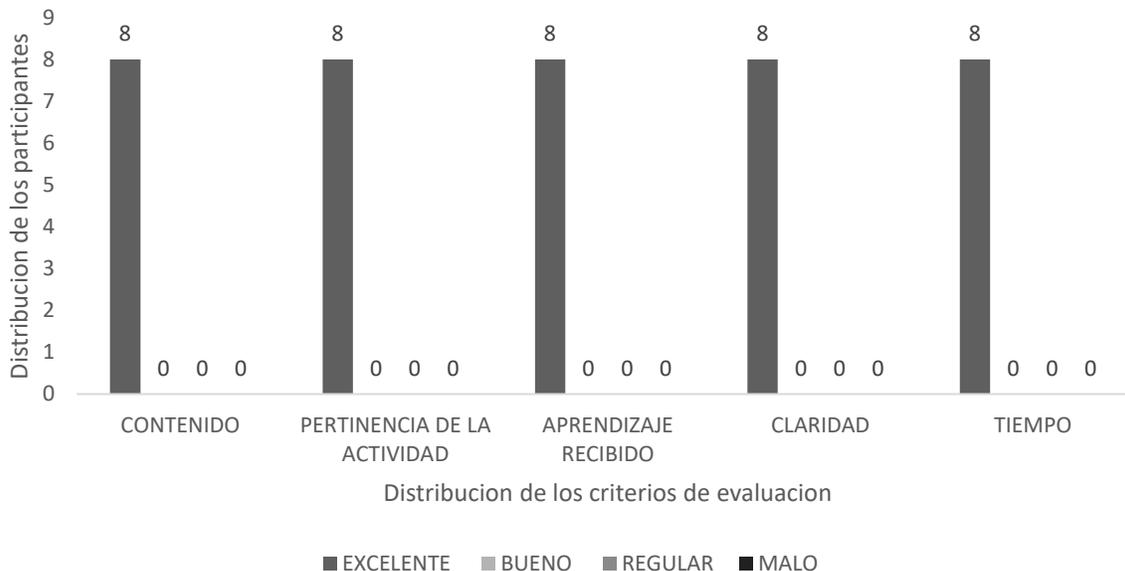


Figura 22. Discriminación de la evaluación de la sesión 7, inteligencia emocional y trabajo en equipo y la discriminación de los participantes según el criterio.

Tema 5: Autoconocimiento.

La prevalencia de la evaluación de las sesiones 9, tuvo prevalencia de un (97%) en ser excelente tanto el contenido como la pertinencia del tiempo, el aprendizaje, la claridad y el tiempo sin embargo (3%) considero que se abarca poco tiempo para la sesión considerando que es un horario difícil.

Sesion 9. Personal Asistencial

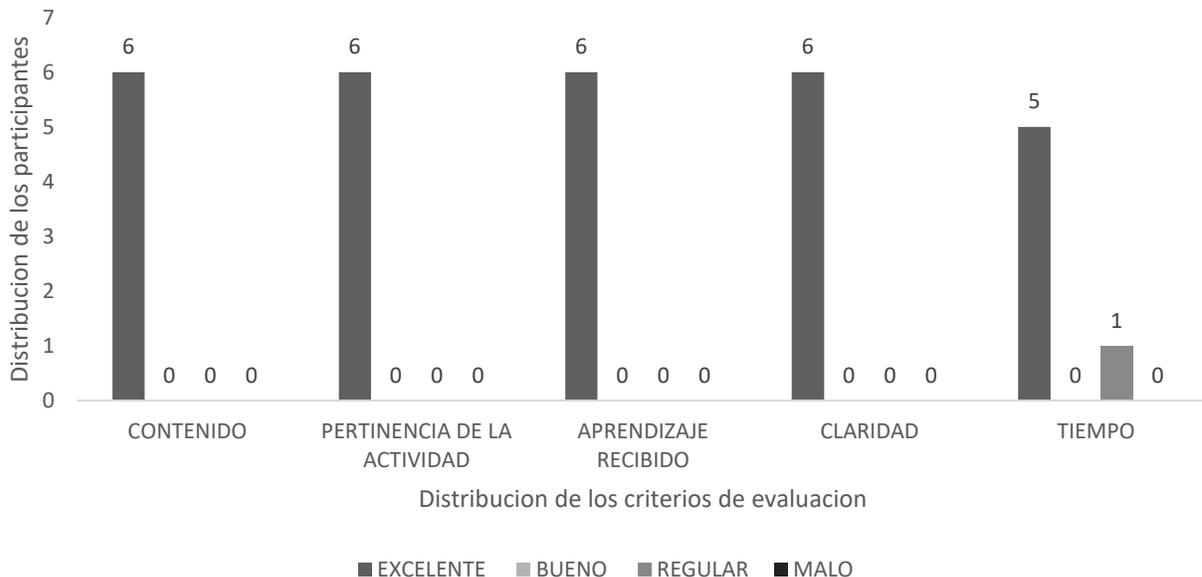


Figura 23. Discriminación de la evaluación de la sesión 9 del personal asistencial, autoconocimiento y la discriminación de los participantes según el criterio.

Actividades satélites

Ahora bien, las actividades realizadas durante el servicio social se enfocaron en la demanda requerida por el centro gerontológico por ende se realizaron actividades de estimulación cognitiva buscando reforzar las funciones ejecutivas, como la atención memoria, lenguaje, razonamiento lógico, motricidad, percepción y lenguaje, en el que se realizaron 16 actividades de estimulación, además, se realizaron valoraciones psicológicas en el que en primer momento se realizó una revisión de las historias, y sus diagnósticos, posteriormente se realizó una revisión de las valoraciones realizadas y las que no, (Ver anexo 5), tomándose la decisión por parte de los directivos realizar valoraciones a partir del mes de noviembre, donde se totalizaban 7 adultos, sin embargo, 2 de los adultos mayores o su familiar no se encontraba en la

ciudad o el adulto para el momento no se encontraba en el RCM, por ende se realizaron 5 valoraciones psicológicas con acompañamiento de la familia. Además, se realizaron otras actividades, como huerta gerontológica, bingos, grafomotricidad, pintura, karaokes, juegos de mesa, rana, celebración de cumpleaños de los adultos entre otras (Ver Figura 24). Así mismo se ejecutaron 5 píldoras semanales, estrategia de motivación personal donde se promoviera el autocuidado del personal asistencial propiciando mejoría del bienestar físico y mental por medio de mensajes reflexivos, donde se efectuaron píldoras de estrategias para manejo de estrés, hábitos para cuidar la mente, hábitos para ser más productivos, proyección hacia el futuro, oportunidades y perspectiva. También se realizó acompañamiento a las caminatas de la mañana como de la tarde para incentivar a la actividad física y el mejoramiento de la salud. Por último, se realizó consultoría psicológica tanto a los adultos mayores, al personal asistencial como a sus familiares, sin embargo, estos últimos no se logran cuantificar.

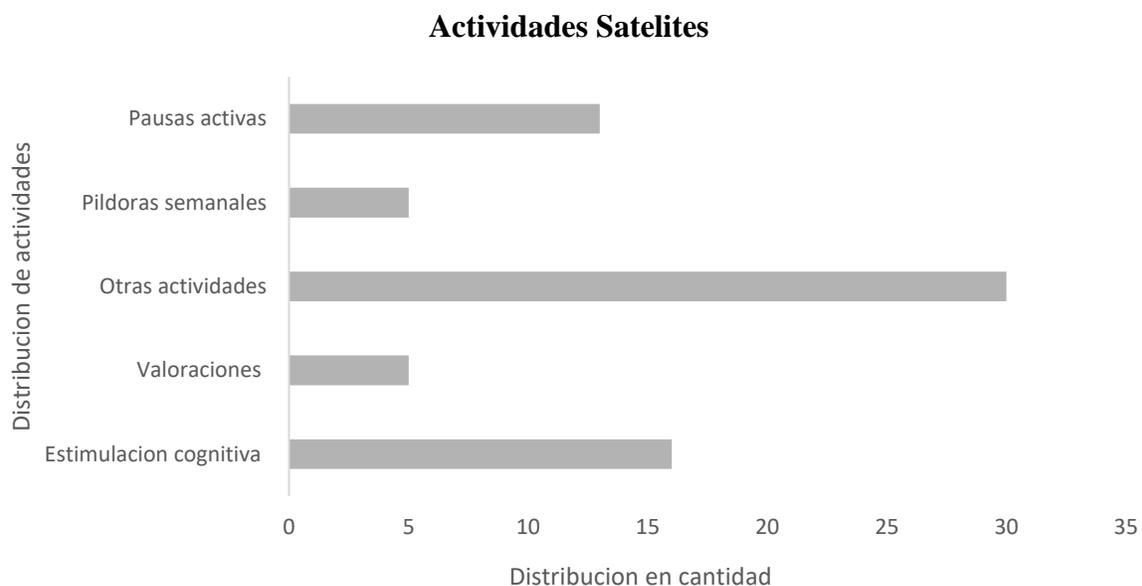


Figura 24. Distribución de actividades satélite y la cantidad realizada en el servicio social.

Capítulo 10. Discusión

La presente investigación tuvo como finalidad evaluar el impacto de un programa de intervención psicológica en la calidad de vida de los adultos mayores y el personal asistencial, en este capítulo se contrastará los referentes conceptuales con los resultados de la investigación realizada durante el proceso del servicio social, identificando los aportes y debilidades del estudio.

En prima instancia, el programa de intervención se focalizo en 6 fases de intervención, la primera hizo referencia a la exploración de las necesidades, la segunda a la aplicación de los cuestionarios pre-test; la tercera, hace referencia al diseño de 10 sesiones, donde se abordaron 5 temas en una temporalidad de 5 semanas, los temas se trataron 1 por semana, las semanas se dividieron en 2 sesiones, una del personal asistencial y otra para la diada, ya que en la literatura se evidencia que “las intervenciones concretas y de calidad, basadas principalmente en estrategias educativas en la diada mejora su calidad de vida (Hernández, Moreno, Barragán, 2014). Posteriormente, en la fase 4, se enfoca en la implementación de mencionadas sesiones, asimismo, en la quinta fase refiere a evaluar el impacto con una evaluación pos-test de los cuestionarios aplicados en la segunda fase, por último, la sesión 6 hace referencia a la presentación de los resultados finales. De esta manera se hizo el diseño ejecución e implementación de un programa de intervención, con cuidadores formales y la diada (cuidador-residente); en contraste con diversas investigaciones, estas se enfocan en la revisión de la literatura de programas de intervención, basadas en programas con orientación psicoeducativa encaminadas en dos modalidades: en grupo o la combinación de grupo e individual (Torres,

Ballesteros y Sanchez, 2008), sin embargo, Se dispone de muy escasa evidencia de los resultados.

Esto puede ser debido a que la gran mayoría de las publicaciones analizadas tratan de la descripción de los contenidos de programas de intervención, pero no muestran o no han realizado una valoración científica de la eficacia de dichas intervenciones. (Torres, Ballesteros y Sanchez, 2008)

A su vez, en otras investigaciones como Cerquera y Pabón (2014) se refiere que los programas con mayor prevalencia han sido los programas de autoayuda, programas de respiro, psicoterapéuticos y psicoeducativos. Encontrándose, en otras investigaciones que “la calidad de vida, la ansiedad y la depresión de los cuidadores presentan una mejoría significativa luego de la intervención, al adquirir conocimientos que generan seguridad y confianza” (Hernández, Moreno, Barragán, 2014, p.752). Es por esta razón que los temas enfocados en las sesiones fueron enmarcados en una intervención cognitivo-conductual, fomentando no solo reestructuración de las ideas sobre la comunicación asertiva y su importancia, la importancia de un proyecto de vida y su ejecución, el estrés y la ansiedad y estrategias de ayuda, inteligencia emocional y trabajo en equipo o el autoconcepto, sino que también se ejecutaron actividades para la praxis de la misma en su cotidianidad.

De acuerdo con este modelo, para entender el malestar psicológico y físico de los cuidadores hay que considerar el estrés como un proceso en el que intervienen los factores contextuales (sociodemográficos, personales y culturales), los estresores (por ejemplo, grado de deterioro de la persona cuidada, comportamientos problemáticos, etc.)

y los recursos del cuidador (valoración de los estresores y estrategias de afrontamiento) para facilitar la aparición en los cuidadores de una serie de resultados o consecuencias del cuidado más o menos negativas. (Cerquera y Pabon, 2014, p.76)

Con el apartado anterior se puede evidenciar, que en el programa de intervención en los factores contextuales se trabajó con dos poblaciones comprendida por una muestra de cuidadoras con una edad promedio de 33 años y otra de adultos mayores estos se encuentran entre una edad promedio de 85 años, esta muestra presenta afecciones fisiológicas y en algunos adultos neurocognitivas; en cuanto a los estresores en las sesiones realizadas se evidencio la necesidad del tiempo para la intervención psicológica, en el que en concurridas sesiones se evidencia que la pertinencia del tiempo no es tan favorable, asimismo se evidencia que “los resultados hallados en este tipo de intervenciones han mostrado que aunque son positivos, tienden a ser pequeños, especialmente en las fases de seguimiento, ya que trabajar con esta población resulta difícil por su condición y características de su labor” (Cerquera y Pabon, 2014).

En segunda instancia, en las evaluaciones pre-test y pos-test los resultados reportan cambios entre el estado inicial de ambas muestras, dado que, en el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF tanto para adultos como para el personal asistencial, se evidencio un impacto en los resultados como en las subescalas mostrando mejoría respecto al reporte del pre-test, corroborándose en el cuestionario del personal asistencial y la percepción que estas reportaron en el pos-test del mismo cuando se evidencio que la muestra percibió impacto tanto en su calidad de vida como en la de los residente, contrastando con la teoría de otros autores que refieren que:

Las intervenciones de enfermería tienen efectos positivos, como reducir la carga del cuidador, mejorar la funcionalidad familiar, establecer límites en la familia, establecer metas y compromisos, reducir malestar emocional y hacer del cuidador un ser activo y significativo en el cuidado. (Hernández, Moreno, Barragán, 2014, p. 752)

Sin embargo, en la evaluación del Inventario Burnout de Maslach (MBI) se evidencia que, aunque se observa una mejoría en la calidad de vida en comparación al pre-test, no muestra una mejoría significativa en la tendencia a Burnout. Este análisis de resultado podría contrastarse con la teoría de que “la carga del cuidador se encuentra asociada a factores estresantes de distintos tipos que son contrarios a las variables que favorecen la calidad de vida de los cuidadores” (Bastidas, Esteve, Font y Eickhoff, 2016, p.20). Por esta razón, se puede explicar porque a menor habilidades tenga el adulto mayor, mayor será la demanda que perciben los cuidadores, además, la edad suele estar coligada a diferentes enfermedades que reducen el bienestar general de los cuidadores, (Bastidas, Esteve, Font y Eickhoff, 2016).

Sin embargo, también en diversos estudios se ve asociado a la dinámica organizacional y como está maneja los factores de riesgo psicosocial, como motivacionales dado que se ha demostrado que las cuidadoras tienen un alto riesgo de experimentar una excesiva sobrecarga, asociándose la principal fuente de estrés de este grupo de trabajadoras, en especial, con los niveles de agotamiento emocional (Gil y Garcia, 2008). Es por esta razón que las empresas deben medir la exposición a todo tipo de riesgos psicosociales e implementar acciones para disminuir los efectos de los mismos (Alcayaga, 2016).

Capítulo 11. Conclusión

Primeramente, cabe aclarar que los objetivos propuestos al inicio de este trabajo surgen a partir del proceso de observación al inicio del servicio social, lográndose diseñar e implementar un programa de intervención a la población de adultos mayores y personal asistencial del centro gerontológico Ruitoque Casa Mayor, de acuerdo con las necesidades percibidas en el proceso de observación. Asimismo, se logró ejecutar la evaluación del programa, por medio de 3 cuestionarios, (1) cuestionario autoconstruido enfocado en el personal asistencial, mediante preguntas abiertas y cerradas, logrando así poder adéntranos en la percepción que tienen las cuidadoras formales sobre su calidad de vida como de las características psicosociales, emocionales y laborales, consiguiendo identificar el estado de autocuidado, estrés, motivación, y potencialidades que repercuten en su calidad de vida. A su vez,(2) el cuestionario de calidad de vida WHOLQOL-BREF, mediante el que se logró recolectar datos, no solo acerca de la percepción de la calidad de vida de los cuidadores y de los adultos mayores, sino que también se consiguió que se auto cuestionaran sobre su vida actual e hicieran una revisión sobre el sentido que querían darle a esta, esto fue referido por varios cuidadores y adultos en el momento de la aplicación logrando entender que no solo el cuestionario sirve para percibir cuantitativamente sino que además genera una introspección del individuo, sensibilizando la proyección de las variables influenciadoras de la calidad de vida.

Por último (3) el Inventario de Burnout de Maslach, se aplicó de igual manera en un pre-test y un pos-test, logrando por medio de estos medir el cambio en la tendencia de sobrecarga laboral y observando la relación que tiene el burnout con la calidad de vida, de esta manera, se puede inferir que la intervención y herramientas para manejar las variables influyentes de la misma

son importantes para lograr un equilibrio directamente en la calidad de vida. Es por esta razón, que el burnout debe controlarse dado que se evidenció en el pos-test que, a mayor calidad de vida, menor rango de burnout, sin embargo, este no es determinante, se puede tener una percepción baja de calidad de vida no teniendo una tendencia a burnout, dado que hay factores extrínsecos e intrínsecos en la vida de los trabajadores que logra influir directamente en la misma.

Por último, se logró cumplir con las demandas de la empresa por medio de actividades satélites mencionadas en los resultados del presente informe, generando así también un factor influenciador en la calidad de vida de los residentes y el personal de la institución.

Capítulo 12. Recomendaciones

1. Seguir fortaleciendo e implementando el programa de intervención psicológica, con temas que aborden factores psicosociales, familiares y laborales. Basadas en temas como relaciones de pareja, pautas de crianza, actividades físicas, tiempos libres, herramientas de estrés, herramientas para dormir, habilidades sociales, pensamientos disfuncionales, sentimientos y emociones, redes de apoyo, enfermedades neurogenerativas y cómo manejarlas, depresión y ansiedad, liderazgo, entre otros. Incluyendo no solo a el personal asistencial, sino a las otras áreas como servicios generales, servicio de alimentación y administrativos, ya que unificando estas áreas se podría lograr impactar el clima organizacional.
2. Evaluar a las otras áreas de la sede para propiciar ambientes favorables no solo para el cuidador sino para los otros trabajadores, dado a que se evidencio que una mejor calidad de vida de un funcionario lograra la proyección de la calidad de vida del adulto mayor.
3. Persistir con las píldoras semanales y pausas activas recreativas que generen cambio en la rutina del personal asistencial y funcionarios del centro.
4. Generar estrategias organizacionales que motiven al personal, tanto en su formación y progreso académico, como capacitaciones no solo en el cuidado del adulto mayor sino en funciones que le sirvan en su vida personal.
5. Promover el estilo de vida saludable y la promoción de la calidad de vida en la vejez.
6. Tomar en cuenta el tiempo de las capacitaciones, donde se saquen espacios prudentes, para que el personal no se sienta estresado por sus labores, sino espacios donde logren la

empatía necesaria con el objetivo de cumplir las necesidades de la actividad que se realice.

7. Abrir espacios para nuevos profesionales que puedan generar investigaciones favoreciendo así a necesidades latentes de la empresa, sino que también brinde ganancias no solo a los profesionales sino también a la comunidad investigativa.
8. Brindar acompañamiento a las necesidades emocionales latentes no solo del adulto mayor sino también las del personal asistencial y los funcionarios del centro.

Referencias

- Acera, M. (05 de mayo de 2015). Conociendo las etapas de la tercera edad [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.deustosalud.com/blog/teleasistencia-dependencia/conociendo-etapas-tercera-edad>.
- Achury, D. Castaño, H. Gómez, L. y Guevara, N. (2011) Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(1), 27-46.
- Aguilar, J., y Lorenzo, J. (2011). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International journal of developmental and educational psychology*, 4(1), 161-168.
- Alcayaga, A. (2016). La sobrecarga Laboral: Un riesgo que disminuye la calidad de vida y la productividad. *Revista EMB HSEC*. Recuperado de <http://www.emb.cl/hsec/articulo.mvc?xid=893&edi=39&xit=la-sobrecarga-laboral-un-riesgo-que-disminuye-la-calidad-de-vida-y-la-productividad>
- Alvarado, A, y Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Alvares, M. (2015). Variabilidad en la sintomatología de los pacientes diagnosticado con demencia tipo Alzheimer (Tesis Doctoral). Universidad de Olavide Sevilla, España.
- Ardilla, R (2003). Calidad de vida. Una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.

- Barrios, F. (2014). Relajación azul [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://www.ejerciciosderelajacion.com/articulos/relajacion-azul>
- Barbero, E. (2012). Aspectos positivos relacionados con el cuidado de personas mayores con Alzheimer (Tesis maestría). Universidad Pública de Navarra, España.
- Bastida, J., Esteve, M., Font, S., y Eickhoff, A. (2016). Relación entre el burnout y la calidad de vida del cuidador de personas con demencia. *Revista Gerokomos*, 27(1)19-24
- Carballal, S. M. (2014). Evaluación del Síndrome de Burnout en un Centro de Salud. *Revista Enfermería CyL*, 6(2), 65-73.
- Casa mayor. (s.f). historia. Recuperado de <https://casamayor.org/historiasedecabecera/>
- Castillo, A., Arocha, C., Armas, N., Castillo, I., Cueto, M, y Herrera, M. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 28(2), 3-4.
- Cerquera, A., Álvarez, J., y Saavedra, A. (2010). Identificación de estereotipos y prejuicios hacia la vejez presentes en una comunidad educativa de Floridablanca. *Psychologia, Avances de la disciplina*, 4(1), 73-87.
- Cerquera, A., Granados, F., y Galvis, M. (2014). Relación entre estrato económico y sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. *Revista virtual universidad católica del norte*, 2(42), 127-137.
- Cerquera, A., & Galvis, M. (2014). Effects of Caring for People with Alzheimer's Disease: A Study on Formal and Informal Caregivers. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149-167.

- Cerquera, A., y Pabón, D. (2014). Intervención en cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia: una revisión. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 73-81.
- Desfilis, E., y Torres, M. (1990). Ancianidad y preparación para la muerte. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 6(2), 147-158.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M., Lucas-Carrasco, R. y Bunout, D. (2011) Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Medica de Chile* 139(5), 579-586.
- Fernández, S., Iglesias, M., Sanchez, M., Rodríguez, T., & Rodríguez P. (2005). Evaluación de experiencias integradoras en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Revista Aula Abierta*, 86. 29-54.
- Flores, E., Rivas, E., y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Revista Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41.
- Galán, M., Labastida, R, y Ruíz, P. (2012). Modelo de consultoría en enfermería neurológica. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(1), 6-13.
- Galvis-López, C. Aponte-Garzón, L y Pinzón-Rocha, L. (2014). Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia, *Revista Aquichan*, 16 (1), 104-115. doi: 10.5294/aqui.2016.16.1.11.
- Galvis, M., y Cerquera, A. (2016). Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología Desde el Caribe*, 2(33), 190-205. doi: 10.14482/psdc.33.2.6307.

Gil-Montes, P., y Garcia-Juesas, J. (2008). Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Un estudio longitudinal en enfermería. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2), 329-337.

Gómez, I. (2011). Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo. *Pensamiento psicológico*, 9(16), 89-106.

Gómez, T. (2003). Heteroestereotipos y Autoestereotipos asociados a la vejez en Extremadura (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura, Caceres.

González, R., Hidalgo, G., León, S., Contreras, M., Aldrete, M., Hidalgo, B., y Barrera, J. (2015). Relación entre género y calidad de vida laboral en profesionales de salud. *Revista Psicogente*, 18(33), 52-65. doi:10.17081/psico.18.33.55.

Hederich, C., y Caballero, C. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *Revista CES Psicología*, 9(1), 1-15.

Hernández, N., Moreno, C., y Barragán, J. (2014). Necesidades de cuidado de la díada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. *Revista Cuidarte*, 5(2), 748-756.

Laguado, E., y Gómez, M. (2014). Teoría del manejo de síntomas desagradables para el cuidado de enfermería en cirugía. *Enfermería Global*, 13(35), 326-337.

Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico-recreativa. *Revista MHSalud*, 1 (1), 1-12.

Moreno-Cid, M., Castro, S., y Castro, A. (2015). Enfermera con síndrome de burnout. *Revista enfermería docente*, 2(104), 39-40.

Morfi, R. (2005). La salud del adulto mayor en el siglo XXI. *Revista Cubana de enfermería*, 21(3), 1-1.

Olivares, Y., Martínez, L., Oquendo, D., y Crespo, V. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Revista VARONA*, (61), 1-7.

Organización Mundial de la Salud (1996). Programa de Salud Mental, WHOQOL. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2013) Salud mental. Recuperado de https://www.who.int/topics/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud (2016) Envejecimiento y salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.

Organización Mundial de la Salud (2018) Envejecimiento y Ciclo de Vida. Recuperado de

Quintero, M. (2016). Caracterización de adultos mayores sanos: Una visión salutogénica de la vejez en prevención del envejecimiento patológico (Tesis de Pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.

- Reyes, I. y Castillo, J. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454-459.
- Ricse, R. (2017). Calidad de vida y clima organizacional de médicos anestesiólogos que laboran en hospitales (Tesis de maestría). Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima.
- Sampieri, R., Collado, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (Cuarta edición). México, D. F: Editorial McGraw Hill.
- Sanz, M. J. M. (2015). *Introducción a la investigación de mercados*. Esic editorial: Ciudad
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales. *Revista Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
- Torrel, G. (2015). Enfermedades Neurogenerativas. *Revista AMF*, 11(7) 374-385
- Torres, M., Ballesteros, E., y Sánchez, P. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Revista Gerokomos*, 19(1), 9-15.
- Varela, E., y Gallego, E. (2015) Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). *Salud y sociedad* 2(1), 7-14
- Vargas-Escobar, L. (2012). Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Revista Aquichan*, 12(1).
- Venegas, B. (2006). Care Ability and Functionality of the Caree. *Revista Aquichan*, 6(1), 137-147.

Villa, J. (2015). Condiciones de trabajo y calidad de vida laboral en profesionales de la salud: el papel modulador de la resiliencia y la autoeficacia, sobre el síndrome de burnout y el engagement (Tesis Doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla.

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud 1996*; 17(4): 385-387

Zetina, M. (1999). conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de población*, 5 (19), 23-41.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario personal asistencial

Código _____

CUESTIONARIO PERSONAL ASISTENCIAL

A continuación, se presenta una serie de preguntas para inquirir en las necesidades que refieran en la misma, tanto en lo profesional, personal y familiar logrando así generar una estrategia para la adhesión al programa intervención psicológica en contribución a la calidad de vida de los adultos mayores y el personal asistencial del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor. Recuerda que las respuestas son opiniones basadas en su experiencia de trabajo, por lo tanto, **NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS**. Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y marque con una X en la casilla correspondiente la respuesta que mejor describa su opinión. Y responda las preguntas abiertas, con la mayor sinceridad posible, No debe quedar ninguna pregunta en blanco.

Edad: _____

Género: M F

Auxiliar:

Sede R. IPS

Turnos en el Mes:

Estrato:

Nivel escolaridad:

Días: _____

1 2 3 4 5 6

Primaria

Secundaria

Técnico

Universitario

Noches: _____

Estado civil

Soltero (a)
Casado (a) /Unión libre
Separado (a) /Divorciado
Viudo (a)

Número de personas a cargo

Ninguna
1 – 3 personas
4 – 6 personas
Más de 6 personas

Uso del tiempo libre

Otro trabajo
Labores domesticas
Recreación y deporte
Estudio
Familia
Ninguno

Promedio De Ingresos (S.M.L.)

Mínimo Legal (S.M.L.)
Entre 1 a 2 S.M.L.
Entre 3 a 5 S.M.L.
Entre 5 y 6 S.M.L.

Tenencia de vivienda

Propia
Familiar
Arrendada
Compartida

Antigüedad en la empresa

De 3 a 6 meses
De 7 a 11 meses
De 1 a 2 años
De 3 a 4 años
Más años de 5 años

1) Describa, en las últimas semanas, como han sido sus relaciones con su familia y amigos.

2) En la actualidad, ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre? (Pasatiempos y actividades de ocio).

3) En las últimas semanas, ¿Qué emociones han predominado en su cotidianidad?

4) En las últimas semanas, ¿Se ha sentido estresado(a)? ¿Qué estrategias emplea para manejar situaciones de estrés?

5) ¿Tiene o ha tenido un proyecto de vida? Sí____ No____ ¿Por qué?

6) ¿Cómo describiría sus relaciones con sus compañeros de trabajo y superiores?

7) ¿En la actualidad, ¿se siente motivado(a) con su trabajo? Si____ No____ ¿Por qué?

8) ¿Tiene claras las funciones que debe realizar en su trabajo? Si ____ No____ ¿por qué?

9) En las últimas semanas, ¿ha presentado momentos de estrés en el trabajo? Si _____ No _____
¿por qué?

10) En las últimas semanas, ¿Ha sentido que los residentes le han generado estrés, o algún tipo de
carga? Si _____ no _____ ¿por qué?

11) Describa brevemente cómo ha sido su experiencia personal y profesional en la atención a la
población mayor:

Anexo 2. Cuestionario personal asistencia Pos-test

Código_____

CUESTIONARIO PERSONAL ASISTENCIAL POS-TEST

A continuación, se presentarán una serie de preguntas para explorar su dimensión personal, familiar y laboral, posterior a las actividades realizadas en el marco del programa de intervención psicológica. Recuerde que para dar respuesta debe centrarse en su experiencia en las últimas semanas. Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y marque con una X en la casilla. responda las preguntas abiertas, con la mayor sinceridad posible, no debe quedar ninguna pregunta en blanco correspondiente a la respuesta que mejor describa su opinión.

- 1) Describa si ha percibido algún cambio en sus relaciones con familiares y amigos.

- 2) ¿Qué emociones han predominado en su cotidianidad? ¿Ha percibido algún cambio en su manejo emocional?_____

- 3) ¿Qué estrategias está utilizando ahora para manejar sus situaciones de estrés personal y laboral?

- 4) Describa si ha cambiado su percepción y planificación de su proyecto de vida.

- 5) Describa si ha percibido algún cambio en sus relaciones con compañeros y superiores.

- 6) ¿Cree que ha cambiado su motivación en el trabajo?

7) Describa si ha percibido algún cambio en las relaciones con los residentes

8) ¿De 1 a 10 qué tanto cree que ha impactado su calidad de vida el programa implementado? Justifique su respuesta.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Justifique su respuesta:

9) ¿De 1 a 10 que tanto considera que ha impactado la calidad de vida de los residentes?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Justifique su respuesta:

Anexo 3. Consentimiento informado personal asistencial

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – PERSONAL ASISTENCIAL

Programa de intervención psicológica en contribución a la calidad de vida de los adultos mayores y el personal asistencial del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor

La Universidad Pontificia Bolivariana agradece su decisión por participar en el proyecto de investigación enmarcado en la modalidad de grado Servicio Social por parte del estudiante Genova Paola Garcia Ochea, identificada con la cedula de extranjería 469861, y direccionada por la Psicóloga Margie Stefanía Quintero Mantilla directora de la investigación y docente de la UPB. Considerando los principios expuestos en la Resolución No 008430 del 4 de Octubre de 1993, con la cual se establecen normas concernientes a la investigación en salud, se le ofrece a usted como participante información correspondiente a las condiciones, procedimientos y beneficios en la presente investigación. Agradecemos la lectura cuidadosa de este documento y la realización de las preguntas que desee, para procurar una total comprensión.

Objetivo

Generar un programa de intervención psicológica en contribución a la calidad de vida de los adultos mayores y el personal asistencial del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor

Procedimiento del estudio

Su participación se realizará en 12 encuentros de aproximadamente una hora de duración. El primer encuentro consistirá en la aplicación de: Cuestionario semiestructurado, autodirigido para ahondar el perfil sociodemográfico, laboral, familiar, económico y el sentimiento de sobrecarga en el cuidado. Asimismo, se aplicarán los siguientes instrumentos:

Inventario de burnout de Maslach (MBI) - formado por 22 ítems valorados con una escalada tipo Likert, en un rango de 7 adjetivos que van de “Nunca” (0) a “Todos los días” (6). sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

Instrumento WHOQOL-BREF. – formado por 26 ítems, conformado por una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem está compuesto por cinco opciones de respuesta tipo Likert y todos forman un perfil de 4 dimensiones: Salud.

Posteriormente es necesario la participación de 10 sesiones, las cuales de ejecutaran en 2 sesiones semanales. la primera sesión, enfocada en el personal asistencial serán encaminadas en el cuidador y los temas serán enfocados en su individualidad, proyecto de vida, autocuidado, habilidades

sociales y comunicación asertiva, importancia del trabajo en equipo, estrategias de afrontamiento y el trato digno al adulto mayor, estos mismos temas se pondrán en práctica en sesiones que parten de la estimulación o reforzamiento cognitivo con los adultos mayores en la diada cuidador-residente fortaleciendo sus vínculos positivamente.

Finalmente, en el último encuentro se aplicará un post test del cuestionario WHOQOL-BREF y del Inventario de burnout de Maslach (MBI) para observar el impacto del programa en la calidad de vida del adulto mayor y el personal asistencial.

Las realizaciones de estos procedimientos serán efectuadas por la pasante de psicología de la UPB quien realiza su servicio social en el Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor, competente en conocimiento y experiencia para la implementación del programa. En la realización de los procedimientos, prevalecerá el criterio de respeto a su dignidad, la protección de sus derechos, bienestar y confidencialidad.

Riesgos de la participación.

El presente ejercicio académico se rige por las normas colombianas para la investigación dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, catalogándose desde el artículo 11, apartado B de la resolución 008430 de 1993, como un procedimiento con riesgos mínimos.

Beneficios

Entre los beneficios con su participación en el presente estudio se encuentra que los resultados contribuirán a la formación de estudiantes de Psicología, al personal asistencial tanto profesional como personalmente, al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores y al centro. Adicionalmente, en caso de que usted lo requiera puede obtener un informe general sobre los resultados de la evaluación realizada.

Confidencialidad

La información obtenida en el presente estudio mantendrá un carácter confidencial respetando su dignidad como participante. Se protegerá su privacidad siendo su nombre y datos manejados mediante códigos, a los cuales tendrá acceso exclusivamente el personal académico.

Derecho a rehusar o retirarse a participar

Su participación en este estudio es voluntaria respetando su libre elección y sin coacción alguna, por lo tanto usted podrá rehusarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de alguna explicación adicional y sin que por ello se generen para usted perjuicios.

Relación de los gastos en el estudio

Usted no pagará costo alguno por los procedimientos que se realicen en este estudio. De igual modo, no recibirá retribución económica, ni beneficios laborales por su participación.

Aceptación

Después de haber leído y comprendido la información contenidos en este documento con respecto al ejercicio; y una vez que se aclararon todas las dudas que surgieron sobre su participación en dicha investigación; usted acepta participar, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios, riesgos mínimos y demás consideraciones que ello involucra. En constancia de su participación consentida e informada, usted firma este documento y certifica que ha recibido una copia del mismo en presencia de un testigo, el día ____ del mes _____ del año _____, en Girón, Santander.

Nombre del Participante

Firma

Nombre del evaluador

Firma

Nombre del Docente Director del Servicio
social

Firma

Anexo 4. Consentimiento informado adulto mayor

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – ADULTO MAYOR

Programa de intervención psicológica en contribución a la calidad de vida de los adultos mayores y el personal asistencial del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor

La Universidad Pontificia Bolivariana agradece su decisión por participar en el proyecto de investigación enmarcado en la modalidad de grado Servicio Social por parte del estudiante Genova Paola Garcia Ochea, identificada con la cedula de extranjería 469861, y direccionada por la Psicóloga Margie Stefanía Quintero Mantilla directora de la investigación y docente de la UPB. Considerando los principios expuestos en la Resolución No 008430 del 4 de Octubre de 1993, con la cual se establecen normas concernientes a la investigación en salud, se le ofrece a usted como participante información correspondiente a las condiciones, procedimientos y beneficios en la presente investigación. Agradecemos la lectura cuidadosa de este documento y la realización de las preguntas que desee, para procurar una total comprensión.

Objetivo

Generar un programa de intervención psicológica en contribución a la calidad de vida de los adultos mayores y el personal asistencial del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor

Procedimiento del estudio

Su participación se realizará en 7 encuentros de aproximadamente una hora de duración. El primer y último encuentro consistirá en la aplicación de:

Instrumento WHOQOL-BREF. – formado por 26 ítems, conformado por una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem está compuesto por cinco opciones de respuesta tipo Likert y todos forman un perfil de 4 dimensiones: Salud.

Posteriormente, es necesario la participación de 5 sesiones, las cuales se ejecutarán en 1 sesión semanal. Donde se pondrán en práctica sesiones que parten de la estimulación o reforzamiento cognitivo con los adultos mayores en la diada cuidador-residente, fortaleciendo sus vínculos positivamente, estas sesiones se enmarcan en los temas trabajados en las sesiones con el personal asistencial.

Las realizaciones de estos procedimientos serán efectuadas por la pasante de psicología de la UPB quien realiza su servicio social en el Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor, competente en

conocimiento y experiencia para la implementación del programa. En la realización de los procedimientos, prevalecerá el criterio de respeto a su dignidad, la protección de sus derechos, bienestar y confidencialidad.

Riesgos de la participación.

El presente ejercicio académico se rige por las normas colombianas para la investigación dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, catalogándose desde el artículo 11, apartado B de la resolución 008430 de 1993, como un procedimiento con riesgos mínimos.

Beneficios

Entre los beneficios con su participación en el presente estudio se encuentra que los resultados contribuirán a la formación de estudiantes de Psicología, al personal asistencial tanto profesional como personalmente, al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores y al centro. Adicionalmente, en caso de que usted lo requiera puede obtener un informe general sobre los resultados de la evaluación realizada.

Confidencialidad

La información obtenida en el presente estudio mantendrá un carácter confidencial respetando su dignidad como participante. Se protegerá su privacidad siendo su nombre y datos manejados mediante códigos, a los cuales tendrá acceso exclusivamente el personal académico.

Derecho a rehusar o retirarse a participar

Su participación en este estudio es voluntaria respetando su libre elección y sin coacción alguna, por lo tanto usted podrá rehusarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de alguna explicación adicional y sin que por ello se generen para usted perjuicios.

Relación de los gastos en el estudio

Usted no pagará costo alguno por los procedimientos que se realicen en este estudio. De igual modo, no recibirá retribución económica, ni beneficios laborales por su participación.

Aceptación

Después de haber leído y comprendido la información contenidos en este documento con respecto al ejercicio: y una vez que se aclararon todas las dudas que surgieron sobre su participación en dicha investigación; usted acepta participar, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios, riesgos mínimos y demás consideraciones que ello involucra. En constancia de su participación consentida e informada, usted firma este documento y certifica que ha recibido una copia del mismo en presencia de un testigo, el día ____ del mes _____ del año _____, en Girón, Santander.

Nombre del Participante

Firma

Nombre del evaluador

Firma

Anexo 5. Programa de Intervención

Semana 1. Comunicación asertiva

Línea de intervención psicoeducativo-organizacional

Título	Comunicación asertiva	
Fecha	Personal asistencial 21-06-2019	Diada 22-06-2019
lugar	Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor, salón Principal (Paola Peña)-Cafetería.	
Objetivos	Generar conciencia en el personal asistencial y los residentes sobre la importancia de la comunicación a través del conocimiento de las ventajas que ofrece una comunicación asertiva	
Duración de la actividad	1 HORA	
Materiales e instrumentos	<i>Fase 1:</i> tablero, marcadores, borrador <i>Fase 2:</i> videobeam	
Participantes	Personal asistencial Casa e IPS	Adultos mayores residentes
Descripción	<p>Personal asistencial: sesión 1 3 fases de 20 minutos cada una, donde: Fase 1: actividad rompe hielo-reflexiva Fase 2: reflexión actividad Fase 3: psicoeducación -video. https://www.youtube.com/watch?v=WKhWOPA8mOY</p> <p>Adultos mayores: sesión 2 4 fases de 20 minutos la primera hora y 1 hora Fase 1: rompe hielo- dinámica reflexiva Fase 2: reflexión</p>	

Fase 3: psicoeducación

Fase 4: estimulación cognitiva- diada.

Metodología

Personal asistencial:

Fase 1: actividad rompe hielo—dinámica reflexiva. 20 minutos.

En primera instancia se dividirá el grupo en 2, se le dará las instrucciones básicas de la dinámica: en primer momento se les entrega un papel con un tema como película, describir un artista, una cosa, un lugar.

Las personas tienen 1 minuto para pensar que van a dibujar y ponerse de acuerdo, una persona del grupo puede realizar el dibujo, pero ninguno puede hablar mientras el grupo contrario adivina. El líder de cada turno no puede repetirse.

Fase 2. Reflexión. 20 minutos.

Durante esta fase se busca que el personal asistencial reflexione sobre la dinámica anterior, respondiendo a las preguntas de ¿Cómo se sintieron al ver que el otro grupo no contestaban lo referido al tema? ¿Cómo se sintieron cuando tuvieron que trabajar en equipo? ¿Cómo creen que influyo la comunicación en esta dinámica? ¿en su trabajo que grupo son, los que se comunican asertivamente o de los que no se comunican y trabajan individualmente? ¿Qué creen que se podría cambiar en el ámbito comunicativo?

Fase 3: psicoeducación 20 minutos

En esta fase se realizará una presentación del tema comunicación asertiva, ¿porque es importante la comunicación asertiva?, tipos de comunicación, técnica mejorar la comunicación con los adultos y con los compañeros de trabajo. Por último se realizara la presentación de un video

<https://www.youtube.com/watch?v=WKhWOPA8mOY>

Diada (cuidador-residente): 1 horas

Fase 1: actividad rompe hielo- dinámica reflexiva: 20 minutos. se divide el grupo en 2, se le entregaran papeles con una temática, películas, oraciones, cosas, la cual ellos tienen que realizar la mímica, que corresponda a cada grupo se le dará un minuto para que piense que mímica realizara y elegir quien del grupo realizara la mímica, el líder no puede repetirse, los grupos no pueden dar pistas ni mostrar señales, quien del grupo haga algún gesto, señal o comunique al grupo contrario tendrá una penitencia.

Fase 2: reflexión: 20 minutos. se espera que en esta fase el adulto mayor reflexione sobre la actividad realizada, y pueda identificar la importancia de comunicar. Mencione que les pareció la actividad, qué importancia tiene esta y como los hizo sentir, como se han sentido cuando sus cuidadores no les entienden o que deben mejorar para que sus cuidadoras les entiendan, que sienten las cuidadoras de la forma como se comunican los residentes con ellas.

Fase 3: psicoeducación, 20 minutos se les recordara las técnicas abordadas en la sesión anterior a los adultos y se les recordara a los residentes.

Fase 4 se realizará: 1 hora una actividad lúdica donde de estimulación cognitiva donde las cuidadoras puedan implementar lo aprendido en las sesiones anteriores.

Semana 2. Proyecto de vida

Línea de intervención Psicoeducativo- Gerontológico

Título	Proyecto de vida para una mayor calidad de vida	
Fecha	Personal asistencial 3-07-2019	Diada 4-07-2019
lugar	Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor, salón Principal (Paola Peña)- Cafetería.	
Objetivos	Sensibilizar al personal asistencial motivando a la proyección de su plan de vida, generando a su vez en el adulto una satisfacción personal de lo logrado y de lo que espera por vivir	
Duración de la actividad	1 HORA	
Materiales e instrumentos		
Participantes	Personal asistencial Casa y IPS	Adultos mayores residentes
Descripción	Personal asistencial Fase 1: presentación	

Fase 2: formato
Fase 3: reflexión

Diada

Fase 1: Bibliografía
Fase 2: socialización de la historia.

Metodología

Personal asistencial

Fase 1: se hará una presentación frente al porque es importante la proyección y el plan de vida, para una calidad de vida efectiva
Fase 2: se le dará un formato al personal asistencial (véase formato proyecto de vida personal asistencial)
Fase 3: reflexión sobre su propuesta, y visualización de la misma.

Diada

Fase 1: cada cuidador junto con el residente debe crear la biografía recreativa del adulto, puede ser un comic, una historia, un cuento, en la cual se plasme la historia de vida, los sueños y metas que se plantearon, que lograron a lo largo de su vida (formato biografía adulto mayor)
Fase 2: socialización de la biografía

Formato de proyecto de vida personal asistencial.

ECONOMIA/PROVEEDOR

¿Cuál es la capacidad económica que quiero alcanzar?

¿Cuáles son las metas económicas que quiero lograr?
Casa, carro.

Que podría dar a otros o Proveer dar a otros

AMOR/ PAREJA/ FAMILIA

Proyección de que quiero como familia, amor o
pareja

Fecha

Que estoy dispuesta para que esto suceda

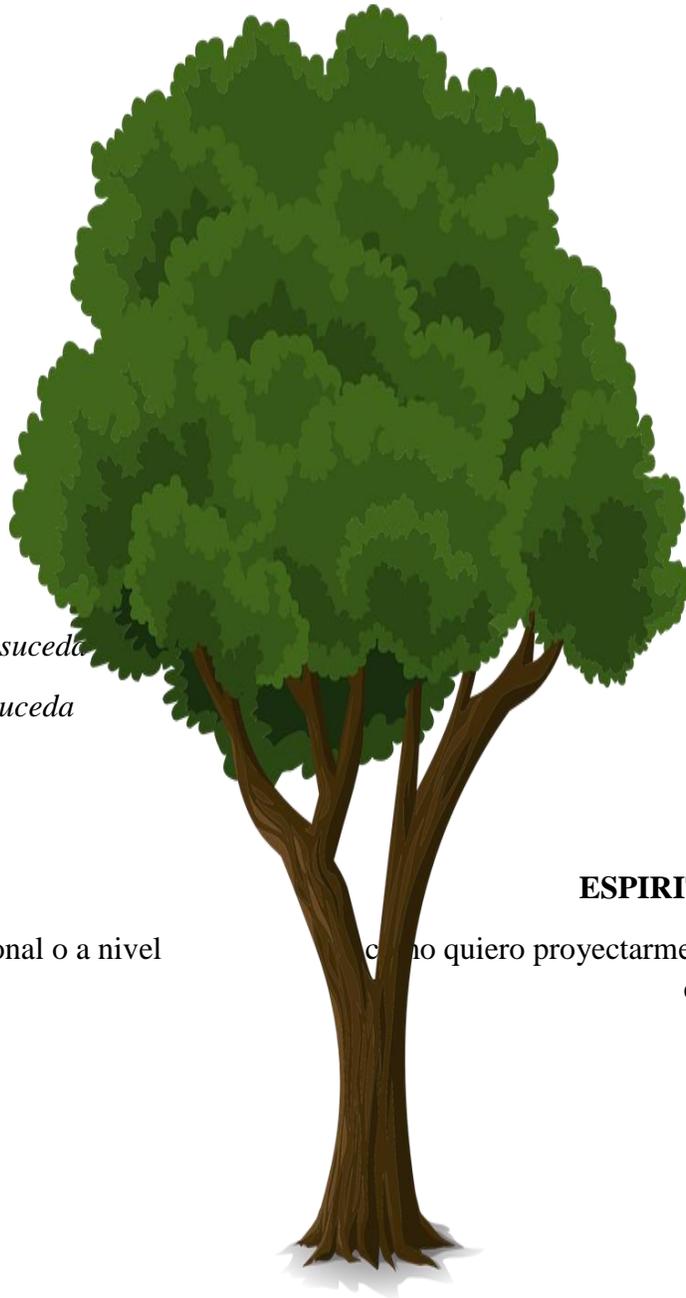
Como te vas a sentir cuando esto suceda

PROFESIONAL/ NEGOCIO

Como me proyecto a nivel profesional o a nivel
emprendedor.

ESPIRITUALIDAD/ SALUD

Como quiero proyectarme a nivel físico, salud, y
espiritualidad, religión.



Formato de biografía adulto mayor

Biografía de

¿Dónde nació? Y en qué fecha.

¿Cuáles han sido sus mayores logros?

¿Cuáles han sido los lugares más lindos a los que ha ido?

¿Quiénes han sido ese motor para alcanzar sus logros?

¿Qué amigos se han quedado grabadas en su corazón?

¿Cuáles han sido sus hobbies?

☐ **Semana 3. Estrés y ansiedad**

Línea de intervención Psicoeducativo- Gerontológico

Título	Como manejar el estrés y la ansiedad para una mejor la calidad de vida	
Fecha	Personal asistencial 9-07-2019	Diada 9-07-2019
lugar	Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor, salón Principal (Paola Peña)- Cafetería.	
Objetivos	Sensibilizar al personal asistencial y a los adultos mayores para buscar estrategias en momentos de estrés y ansiedad para una mejor calidad de vida	
Duración de la actividad	1 HORA	
Materiales e instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Viedobeam • Música relajante • Formato relajante 	
Participantes	Personal asistencial Casa y IPS	Adultos mayores residentes
Descripción	<p>Personal asistencial</p> <p>Fase 1: presentación Fase 2: formato Fase 3: reflexión</p> <p>Diada</p> <p>Fase 1: ejercicio físico Fase 2: formato de relajación autodirigida Fase 3: reflexión</p>	
Metodología	<p>Personal asistencial</p> <p>Fase 1: se hará una presentación frente a que es el estrés y la ansiedad y cómo manejar ambos aspectos para una mejor calidad de vida y la importancia de reducir el estrés y la ansiedad Fase 2: se realizó un ejercicio de imaginería guiada donde se le solicito al personal asistencial cerrara sus ojos y sintiera la respiración, imaginándose en un bosque, con pasto verde y</p>	

muchos árboles, en medio del bosque (formato de relajación e imaginación) (Barrio,2014)

Fase 3: se ejecutará una reflexión sobre el ejercicio y como dirigirlo a los residentes.

Diada:

Fase 1: se realizará ejercicio físico para la activación muscular.

Fase 2: se realizará el ejercicio del (formato de relajación e imaginación) dirigido por el personal asistencial (Barrio,2014).

Fase 3: se efectuará la reflexión del ejercicio y de cómo se sintieron

Formato de relajación e imaginación

Colócate en una posición cómoda, si puedes..... tumbado en una colchoneta, con los brazos extendidos cómodamente a los lados, las piernas estiradas, con los pies ligeramente abiertos hacia fuera, con una disposición a relajarte.....cierra los ojos...y siente tu respiración, tranquila, en calma.

Vamos a realizar un sencillo ejercicio de relajación:

A partir de este instante vas a tomar conciencia de tu respiración...no la modifique en absoluto, simplemente observa como respiras, no te identifiques con el proceso, has de realizarlo sin juicio, de igual forma en que mirarías como se mueve la llama de una vela, observando sin juzgar.

Observa tu respiración...sin modificarla, toma conciencia de que algo respira en ti, no te cuesta esfuerzo alguno respirar, respiras y te llenas de calma, respiras y te llenas de paz.

Vas a ir visualizando una serie de objetos y colores, se te van a dar unas indicaciones básicas, pero tu puedes añadir lo que deseas para que te permita mejorar la visualización sugerida.

Vas a comenzar visualizando un prado verde.....del color verde que más te gusta.....visualiza una extensión de césped verde que se extiende hasta un bosque cercano..... observas la hierba verde.... los reflejos verdes del sol sobre la pradera.... extiendes la mirada hacia el bosque y ves hojas de todos los tonos de verde posibles.... es relajante ...muy relajante, el sol se refleja en las verdes hojas de los árboles y se forma ante tus ojos una miríada de delicadas tonalidades de verde que se reflejan entre si creando un espacio tridimensional de color verde..... es hermoso y lo disfrutas...respiro tranquilo y en calma un aire puro, lleno del oxígeno que producen los árboles del bosque,

me encuentro respirando un aire puro, verde, relajante.... con cada respiración me relajo más y más.... escucho el susurro que produce el aire al pasar entre las hojas de los árboles, es relajante, muy relajante, escucho el sonido del viento en las hojas y me relajo...más y más.....me quedo por unos instantes observando el prado verde, los viejos árboles centenarios, sus hojas hermosas.... y sintiendo mi respiración.....

Observa tu respiración...sin modificarla, toma conciencia de que algo respira en ti, no te cuesta esfuerzo alguno respirar, respiras y te llenas de calma, respiras y te llenas de paz.

A partir de este instante vas a visualizar una playa de arena dorada, es del tipo de arena que más te gusta y tiene un color bajo el sol para disfrutar observándolo.... me gusta esta playa...la visualizo..... miro hacia el horizonte y observo un mar tranquilo y azul que se desliza con suavidad hasta la orilla, donde lentamente las olas se deshacen mientras se desgrana el dulce sonido de la espuma.

Visualizo toda la playa, el mar azul.... la arena dorada...me tumbo sobre la arena y resulta muy placentero absorber su calor.... la energía del sol acumulada en los granos de arena penetra en mi espalda y la relaja, siento ese calor acumulado y como se infiltra en mi espalda ...es relajante...es muy agradable.... es una sensación deliciosa.... el mar azul.... el cielo azul sin nubes.... el sonido del viento en las hojas de los árboles que hay detrás de mí..... el calor en mi espalda.....el sol incide sobre mis brazos y los calienta..... al tiempo que se hunden pesados en la arena que los calienta ...relajándose más y más.....el sol calienta mi pecho y mis piernas mi pierna ...que se hunden pesadas en la arena que las calienta, relajándose más y más...Escucho el sonido rítmico y balanceado de las olas que parecen mecerse en este mar azul tranquilo...bajo este cielo azul precioso...escucho el sonido del viento en las hojas de los árboles.... percibo el olor salobre del mar azul.....Tomo conciencia de mi cuerpo descansando relajado... más relajado.

Tomo conciencia de este estado de conciencia tranquila, relajante, llena de paz y tranquilidad. Y.....

Me preparo para abandonar el ejercicio...conservando todos los beneficios conscientes o inconsciente que me aporta.....contamos lentamente 1 2 3..... abro y cierro las manos lentamente tomando conciencia de las pequeñas articulaciones de los dedos.....tomo aire con más intensidad...realizando una respiración profunda y abro los ojos...conservando el estado de relax y calma que he logrado con el presente ejercicio de relajación.

Tomado por (Barrio,2014).

Semana 4. Inteligencia emocional y trabajo en equipo

Línea de intervención Psicoeducativo- Gerontológico

Título	Como manejar el estrés y la ansiedad para una mejor la calidad de vida	
Fecha	Personal asistencial 16-07-2019	Diada 18-07-2019
lugar	Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor, salón Principal (Paola Peña)- Cafetería.	
Objetivos	Sensibilizar al personal asistencial y a los adultos mayores sobre el trabajo en equipo y la inteligencia emocional.	
Duración de la actividad	1 HORA	
Materiales e instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Viedobeam • Videos • Formato relajante 	
Participantes	Personal asistencial Casa y IPS	Adultos mayores residentes
Descripción	<p>Personal asistencial</p> <p>Fase 1: presentación video Fase 2: reflexión del video Fase 3: dinámica de trabajo en equipo</p> <p>Diada</p> <p>Fase 1: trabajo en equipo por medio de una actividad de la casa</p>	
Metodología	<p>Personal asistencial</p> <p>Fase 1: se observará dos videos uno de psicoeducación de inteligencia emocional, y otro de trabajo en equipo Video inteligencia emocional: https://www.youtube.com/watch?v=Vu6xM229q9I Video trabajo en equipo: https://www.youtube.com/watch?v=gLEfiI8CbLQ&t=84s</p>	

Fase 2: reflexión del video

Fase 3: se realizó una dinámica de trabajo en equipo donde todos hacían un círculo y solicitándoles que sostuvieran una cuerda que se les facilitaba, asimismo se les indicaba las condiciones de sostener la cuerda con las dos manos y sentarse todos en el suelo, el fin del ejercicio es que todos se levanten al tiempo generando una estrategia en equipo de cómo hacerlo, sin soltar las manos, y todos al tiempo.

Diada:

Fase 1: el fin de esta fase era que las cuidadoras armen en grupos equitativos para el juego de bingo y ellas se ubiquen en mesas separadas logrando uniformidad para el trabajo en equipo, mediante el juego se le refiere a los adultos que el juego es en equipo lo que se intenta es que ellos coadyuven a los compañeros de la mesa porque todos son el mismo equipo

Semana 5. Autoconcepto

Línea de intervención Psicoeducativo- Gerontológico

Título	Como manejar el estrés y la ansiedad para una mejor la calidad de vida	
Fecha	Personal asistencial 28-07-2019	Diada 29-07-2019
lugar	Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor, salón Principal (Paola Peña)- Cafetería.	
Objetivos	En esta actividad el objetivo central es identificar las fortalezas y debilidades tanto del personal asistencial como de los adultos	
Duración de la actividad	1 HORA	
Materiales e instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Viedobeam • Música relajante • Pizarra 	
Participantes	Personal asistencial Casa y IPS	Adultos mayores residentes
Descripción	Personal asistencial	

Fase 1: presentación de video

Fase 2: dinámica de grupo

Fase 3: reflexión

Diada

Fase 1: estimulación cognitiva

Metodología

Personal asistencial

Fase 1: video sobre la importancia de la comunicación y la percepción que tenemos de los otros y de nosotros mismos

Video: <https://www.youtube.com/watch?v=WKhWOPA8mOY>.

Fase 2: se le solicita a las participantes se sienten en círculo, posteriormente se les da un papel en blanco donde cada participante debe escribir 3 fortalezas y 3 debilidades por separado, luego cada uno corta cada fortaleza y cada debilidad, dobla cada papel guardan la fortaleza y lo colocan en el centro del círculo las debilidades, al azar cada participante escoge tres papeles se les informa que de acuerdo a la debilidad escogida se la regalen a la persona que perciban con esas características (aclarando que no es nada personal) a su vez se repite con la fortaleza.

Fase 3: se hace el cierre y una reflexión sobre la actividad, donde el orientador se enfoca en la introspección, focalizando que los comportamientos pueden proyectar información negativa o positiva de la personalidad y como se sintieron en el ejercicio.

Diada:

Fase 1: por medio de la actividad de estimulación cognitiva se le solicita a las cuidadoras que hagan parte de la actividad logrando referir las fortalezas que tiene el adulto mayor, se le solicita a cada adulto las fortalezas y debilidades colocando las mismas en un pizarrón, generando así conciencia en los adultos sobre sus fortalezas y debilidades y generando en las cuidadoras esa empatía sobre ese ámbito personal de los adultos.

Programa de intervención psicológica en contribución a la calidad de vida de los adultos mayores y el personal asistencial del Centro Gerontológico Ruitoque Casa Mayor

		Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
Por favor, señale con una X el número que considere más adecuado:		0	1	2	3	4	5	6
1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	Creo que trato a los pacientes como si fueran objetos.							
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	Me siento “quemado” por el trabajo.							
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades							
21	Siento que se trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Versión adaptada de: Moreno-Cid, M., Castro, S., y Castro, A. (2015). Enfermera con síndrome de Burnout. *Enfermería docente*, 2(104), 39-40.

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

WHOQOL-BREF

Versión adaptada de:

Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009.
http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621

Torres M, Quezada M; Rioseco R, Ducci ME. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. Rev Med Chile 2008; 136: 325-333.

Servicio Andaluz de salud (2010) desarrollo de programa de tratamiento asertivo comunitario en Andalucía. Anexo 3.5. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-5_CANSAS-P.pdf

Otras referencias de interés:

Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon. 1998.

Versión original: OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF World Health Organization 2004.

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida *durante las dos últimas semanas*. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	④	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda