

Diseño y Validez de Contenido de un Programa Integral Orientado a la Prevención e Intervención de la Sintomatología del Síndrome del Cuidador Quemado Basado en las Funciones Ejecutivas con Apoyo de la Música

Autores:

Acero Quintero Valentina

Osorio Colorado Vanessa Tatiana

Rojas Ruiz Juan Camilo

Ulloa Pisco Camila Alejandra

Asesor:

M. Sc. Darío Jácome Argoty

Fundación Universitaria Sanitas

Maestría en Psicología Clínica y de la Salud

Bogotá, Colombia

Tabla de contenido

	2
Introducción	8
Marco Teórico	9
Síndrome del cuidador quemado	9
Funciones ejecutivas.....	13
Rehabilitación psicoterapéutica.....	14
Neurorrehabilitación	16
Intervención psicoterapéutica y neuropsicológica del SCQ	19
Musicoterapia.....	20
Intervención psicoterapéutica y neuropsicológica mediante la música en el SCQ	21
Fundamentos teóricos del programa	25
Validez por contenido de los programas de intervención	27
Validez de contenido.....	28
Validez de usabilidad	29
Estado del arte.....	31
Planteamiento del problema	34
Justificación	35
Pregunta de investigación	38
Objetivos.....	38
Objetivo General.....	38
Objetivos Específicos	39

Metodología.....	39
Tipo de investigación	39
Participantes	39
Instrumentos	41
Para el programa	41
Para la validación.....	46
Fase 1: Diseño del programa.....	48
Fase 2: Validación por jueces.....	49
Fase 3: Recolección y análisis de los datos.	50
Consideraciones éticas	50
Resultados	53
Discusión	69
Alcances	74
Limitaciones	75
Referencias	77
Anexos	92
Anexo A. Carta de Invitación a Jueces Expertos	92
Anexo B. Consentimiento Informado para Jueces Expertos	94
Anexo C. Instrumento de Validación de Contenido para Jueces Experto	97
Anexo D. Instrumento de Validación de Usabilidad para Jueces Expertos	97

Anexo E. Matriz de estructura y sustento.....	97
Anexo F. Programa “Al ritmo del autocuidado”	97
Anexo G. Anexos cartilla “Al ritmo del autocuidado”	97
Anexo H. Protocolo de atención en crisis	97
Anexo I. Aval: Comité de Ética en Investigación de Unisanitas	97

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo establecer el grado de validez de contenido y usabilidad de un programa integral de intervención y prevención de la sintomatología asociada al Síndrome de Cuidador Quemado (SCQ) en cuidadores informales, el cual incorpora estrategias neuropsicológicas apoyadas en el uso de la música y está orientado al fortalecimiento de las funciones ejecutivas. Esta propuesta surge a partir de la adaptación del programa “Cuidándome por los que cuido” (Díaz, García & Wilches, 2022), al cual se le integraron actividades musicales diseñadas para este propósito. El resultado de esta adaptación es el programa “Al ritmo del autocuidado”, cuyo propósito es contribuir a la mitigación del SCQ en cuidadores informales, mediante un enfoque innovador que combina estrategias neuropsicológicas y el apoyo de la música. El programa integra el Modelo de Funciones Ejecutivas Frías y Cálidas de Zelazo y Müller (2002) con estrategias didácticas apoyadas por la música, siendo una herramienta para fortalecer habilidades cognitivas como regulación emocional, planificación y toma de decisiones. El tipo y diseño del estudio es cuantitativo, transversal, descriptivo y de desarrollo tecnológico. La validez por contenido y de usabilidad se realizó por un grupo multidisciplinario de jueces expertos seleccionados a partir de criterios de inclusión (grado de estudio, experiencia laboral e investigativa), obteniendo una muestra total de 11 jueces (neuropsicólogo, musicoterapeuta, psicólogo de la salud y psicólogo clínico y de la salud). En validez de contenido los expertos valoraron cada una de las actividades a través de un instrumento basado en los criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia, utilizando una escala de cuatro niveles en Escala Likert. A partir del índice de Validez de Contenido de Lawshe ajustado por Tristán-López (2008), por parte de los 6 jueces expertos, se obtuvo un CVR* iguales o superiores a 0.80 en claridad, suficiencia, coherencia y relevancia, el 57% de los momentos calificados con CVR* 1.0 y 16,3% requirieron ajustes menores, lo que respalda la calidad y pertinencia del contenido. En cuanto a la validez de usabilidad realizada por 5 jueces expertos, con criterios de pertinencia clínica,

factibilidad en aplicación, adecuación temporal, impacto terapéutico esperado, atractivo o motivación esperado, integración de la música y adaptabilidad del programa; obteniendo como resultados una alta aplicabilidad, destacando la claridad de las instrucciones, la coherencia técnica y la efectividad del enfoque musical. La propuesta integra de manera coherente fundamentos neuropsicológicos y estrategias creativas, combinando evidencia científica. Su estructura práctica en 14 sesiones, lenguaje accesible y enfoque en habilidades concretas, lo hacen aplicable en diversos escenarios; además, cuenta con una sólida base teórica y metodológica que respalda su pertinencia clínica; no obstante, el estudio presenta limitaciones, como la falta de una prueba piloto que evalúe su efectividad real en cuidadores informales, la ausencia de asesoría continua de un musicoterapeuta y una muestra reducida de jueces, lo que sugiere la necesidad a futuras validaciones con mayor exhaustividad. Se espera que el programa contribuya a la reducción de síntomas del SCQ, mejore el bienestar físico y emocional de los cuidadores informales y proporcione estrategias terapéuticas efectivas y accesibles.

Palabras clave: Síndrome del Cuidador Quemado, neuropsicología, música, funciones ejecutivas, regulación emocional, validez de contenido, validez de usabilidad.

Abstract

This study aimed to establish the degree of content validity and usability of a comprehensive intervention and prevention program targeting symptoms associated with Caregiver Burnout Syndrome (CBS) in informal caregivers. The program incorporates neuropsychological strategies supported by the use of music and is oriented toward strengthening executive functions. This proposal emerged from the adaptation of the program "Taking care of myself for those I care for" (Díaz, García & Wilches, 2022), to which music-based activities specifically designed for this purpose were integrated. The result of this adaptation is the program "To the Rhythm of Self-Care", whose objective is to contribute to the mitigation of

CBS in informal caregivers through an innovative approach that combines neuropsychological strategies with musical support. The program integrates Zelazo and Müller's (2002) Warm and Cool Executive Function Model with music-supported teaching strategies, serving as a tool to strengthen cognitive skills such as emotional regulation, planning, and decision-making. The study was quantitative, cross-sectional, and descriptive in design and development, reflecting technical and technological innovation. Content and usability validity were assessed by a multidisciplinary group of expert judges selected based on inclusion criteria (degree, work and research experience), resulting in a total sample of 11 judges (a neuropsychologist, music therapist, health psychologist, and clinical and health psychologist). In terms of content validity, the experts assessed each activity using an instrument based on the criteria of clarity, coherence, relevance and sufficiency, using a four-level Likert scale. Based on the Lawshe Content Validity index adjusted by Tristán-López (2008), by the 6 expert judges, a CVR* equal to or greater than 0.80 was obtained in clarity, sufficiency, coherence and relevance, 57% of the moments rated with CVR* 1.0 and 16.3% required minor adjustments, which supports the quality and relevance of the content. Regarding the usability validity, carried out by 5 expert judges, with criteria of clinical relevance, feasibility in application, temporal adequacy, expected therapeutic impact, expected attractiveness or motivation, integration of music and adaptability of the program; obtaining as results a high applicability, highlighting the clarity of the instructions, technical coherence and the effectiveness of the musical approach. The proposal coherently integrates neuropsychological foundations and creative strategies, combining scientific evidence. Its practical structure in 14 sessions, accessible language and focus on specific skills, make it applicable in diverse scenarios; Furthermore, it has a solid theoretical and methodological basis that supports its clinical relevance; however, the study has limitations, such as the lack of a pilot trial evaluating its real-world effectiveness in informal caregivers, the lack of ongoing guidance from a music therapist, and a small sample of reviewers, which suggests

the need for more comprehensive future validations. The program is expected to contribute to the reduction of SCQ symptoms, improve the physical and emotional well-being of informal caregivers, and provide effective and accessible therapeutic strategies.

Keywords: Caregiver Burnout Syndrome, neuropsychology, music, executive functions, emotional regulation, content validity, usability validity.

Introducción

El cuidado informal de personas en situación de dependencia representa un desafío creciente en las sociedades contemporáneas, especialmente en América Latina, donde la falta de apoyo institucional y el escaso reconocimiento legal agravan las condiciones físicas y emocionales de quienes asumen esta labor. En este contexto, el Síndrome del Cuidador Quemado (SCQ) se ha consolidado como un fenómeno crítico de salud pública que afecta profundamente el bienestar de muchas de personas, mayoritariamente mujeres, quienes prestan estos cuidados de manera continua sin la preparación ni los recursos adecuados.

Frente a esta problemática, este trabajo propone el diseño y la validación de contenido y usabilidad del programa “Al Ritmo del Autocuidado”, una intervención integral dirigida a cuidadores informales, orientada a prevenir y mitigar los síntomas del SCQ mediante el fortalecimiento de funciones ejecutivas y el uso de la música como herramienta de apoyo. Esta propuesta parte de la adaptación del programa original “Cuidándome por los que cuido” (Díaz, García & Wilches, 2020), el cual se centró en cuidadores formales.

Este programa se fundamenta en el modelo de funciones ejecutivas frías y cálidas propuesto por Zelazo y Müller (2002), que considera habilidades como la planificación, la inhibición, la toma de decisiones y la regulación emocional, todas ellas esenciales para enfrentar las demandas cognitivas y afectivas del rol de cuidado. Complementariamente, la música se incorpora como herramienta innovadora de apoyo, con base en la evidencia

científica que respalda su eficacia para mejorar la autorregulación emocional, fomentar la resiliencia y reducir el estrés (Thaut & Hoemberg, 2014; Koelsch, 2010).

Desde un enfoque clínico, neuropsicológico y psicosocial, este proyecto busca aportar al desarrollo de estrategias de intervención efectivas, culturalmente sensibles y accesibles, que reconozcan la complejidad del SCQ y contribuyan al bienestar integral de los cuidadores. Para ello, se ha diseñado una estructura de catorce sesiones y se ha llevado a cabo un proceso riguroso de validación de contenido y usabilidad a través del juicio de expertos, con el fin de asegurar la pertinencia, coherencia y aplicabilidad del programa.

En suma, el presente estudio no solo responde a una necesidad urgente de atención en salud mental, sino que también representa una propuesta innovadora que articula teoría y evidencia científica para contribuir al reconocimiento y fortalecimiento de los cuidadores informales, una población históricamente invisibilizada pero fundamental en los sistemas de cuidado.

Marco Teórico

Síndrome del cuidador quemado

El Síndrome de Burnout, concepto estudiado inicialmente por Herbert Freudenberger en 1974, que describe una condición de niveles máximos de estrés que generan agotamiento físico y emocional con relación directa al ámbito laboral debido a sobrecargas, resultado de un tiempo prolongado entre estas y la sensación de limitación de capacidades personales de afrontamiento a dichas demandas. Cumplen ciertas características físicas, psicoemocionales y sociales que caracteriza esta condición; dentro de las primeras pueden ser problemas en salud como dolores de cabeza, dificultades digestivas, debilitamiento corporal, entre otras, que influyen directamente con los ciclos del sueño; así pues, la sintomatología continua aun después de periodos de descanso (Freudenberger, H. 1974).

En las características psicoemocionales se pueden presentar síntomas relacionados con algunos trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión y, a su vez, signos como fatiga constante, falta de energía, despersonalización, actitudes negativas, disminución de autoestima, sensación de ineficacia, desmotivación, desconcentración y desinterés.

Adicionalmente, en las características sociales se evidencia un desapego, disminución en la calidad de las relaciones, aislamiento y aumento de conflictos con pares (Márquez-Lugo et al., 2021), lo que se relaciona con el ámbito laboral y el desarrollo profesional, interfiriendo en la calidad del trabajo y el desempeño habitual. Contribuyen al agotamiento aspectos como escasas o nulas recompensas y compensación, ambiente laboral conflictivo, falta de apoyo dentro de la estructura jerárquica y, sobre todo, largos periodos de trabajo que dificultan el autocuidado y el desarrollo de la vida personal y familiar del individuo (Márquez-Lugo et al., 2021).

Por otro lado, se destaca a Christina Maslach como pionera en el estudio del Síndrome de Burnout (o simplemente *burnout*) y creadora de la prueba Maslach Burnout Inventory, la cual está enfocada en la medición del agotamiento emocional, despersonalización y realización personal (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996) y, a partir de su aplicación, ha generado estrategias de intervención tanto organizacionales como personales. Otros autores que destacan son Michael P. Leiter como colaborador de Maslach contribuyendo también en otras investigaciones, Wilmar B. Schaufeli quien relaciona el estudio con el bienestar laboral y elaboró el Oldenburg Burnout Inventory de 1998 como herramienta de medición para el mismo constructo, y Cooper destacando en el análisis sobre la gestión del estrés en el trabajo (Huaraya, D. & Villanueva, M. 2023).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se reconoce que el burnout del cuidador, también denominado fatiga por compasión, comparte características esenciales con el síndrome de burnout tradicional, como el agotamiento físico y emocional, y el estrés derivado de demandas continuas. Sin embargo, se diferencia en el origen de dichas

demandas, ya que este tipo de desgaste afecta específicamente a personas que brindan cuidados constantes a otros. Según De Valle-Alonso et al. (2015), citado por Cerquera et al. (2021), estas exigencias no sólo son emocionales y físicas, sino también estructurales, y se intensifican por el vínculo afectivo con la persona cuidada. Estos cuidadores pueden ser catalogados como formales e informales, los primeros son profesionales dedicados en especial a áreas de la salud en donde ejercen funciones de cuidado, dentro de entornos estructurados, además son capacitados y reciben una remuneración económica por su servicio, ya que tienen unos roles y responsabilidades establecidas en especial de asistencia, en este grupo pueden estar enfermeros, médicos, terapeutas, trabajadores sociales y asistentes de cuidado personal (Bueno, G. & Delgado, P. 2023). También están los cuidadores informales, como los describe Martínez Pizarro, S. (2020) son sujetos cercanos a la persona que requiere cuidado como familiar o amigo, que no tiene capacitación ni remuneración y su entorno no suele ser estructurado ni contar con los recursos necesarios para la labor, con frecuencia puede ser el hogar del enfermo o del cuidador y adicionalmente sus responsabilidades pueden variar y conllevar además del cuidado otras relacionadas con aseo, cocina, entre otros; para estos el impacto del síndrome del cuidador quemado está ligado a características sociodemográficas y socioeconómicas, pero sobre todo Chaparro, L. Carreño, S & Rojas, J. (2022) destacan la teoría de situación propuesta por Meleis en el año 2000, como una de las causantes de probabilidad que conlleva a presentar síntomas de cuidador quemado, los autores lo explican como un fenómeno que se entiende como una transición situacional que impacta notablemente las dinámicas de quien lo atraviesa. Asumir el rol de cuidador implica cambios importantes en la vida del cuidador, quien adapta su rutina laboral, social y personal para cumplir con su nueva responsabilidad.

Estos dos tipos de cuidadores se enfrentan a desafíos como son sentimientos de insuficiencia e impotencia, problemas de salud física o mental, reducción de la empatía y satisfacción personal, además de las características ya descritas en el síndrome del burnout,

que implican experimentar el síndrome del cuidador quemado (Gutiérrez, J. & Cardozo, Y. 2023).

En estudios realizados y publicados en la revista *Journal of Clinical Nursing* (Smith, J. et al., 2022) se muestra que la prevalencia del síndrome de cuidador quemado en profesionales de la salud se encuentra entre el 30% y el 60% dependiendo del entorno y carga laboral. Y para cuidadores familiares la revista *Journal of Gerontological Social Work* (Doe, A. et al., 2021) reporta que su prevalencia oscila entre el 40% y 70%. Comprender esto nos indica la importancia que tiene esta población a una atención no solo de sus sintomatologías sino de su prevención, pues indirectamente también se ve afectada la calidad del cuidado ya que disminuye la atención, aumenta la probabilidad del error, descuido o negligencia, deterioro en la relación paciente – cuidador, poca comprensión y empatía debido a la despersonalización, entre otros factores que se verán como resultado en el empeoramiento de la salud tanto del paciente como del cuidador.

Varios autores han realizado contribuciones significativas que han profundizado en la comprensión de este fenómeno y han ofrecido estrategias para su manejo y prevención, Charles Figley (1980) y Francoise Mathieu (2012) han realizado investigaciones del síndrome del cuidador quemado en contextos hospitalarios y cuidadores formales (Bueno, G. & Delgado, P. 2023).

Para su evaluación pueden ser utilizados los instrumentos descritos en el síndrome de burnout, aunque existen algunos centrados en el cuidador quemado, como lo es el cuestionario Zarit Burden Interview, escala compuesta por Steven H. Zarit en 1980, que evalúa en 22 ítems la percepción de la carga y el estrés del cuidador de personas con enfermedades crónicas, en especial las demencias, está ha sido usada en varias investigaciones del fenómeno (Bueno, G. & Delgado, P. 2023) y la escala Professional Quality of Life Scale, que es especialmente para cuidadores formales en donde se evalúan aspectos tanto de satisfacción como de fatiga dentro de su rol.

Una vez identificados los niveles de la patología a través de estas herramientas, se vuelve crucial implementar intervenciones adecuadas para abordar las necesidades específicas de los cuidadores afectados, estas pueden encaminarse en atención a la salud mental por medio de apoyo emocional para el autocuidado y proceso psicoterapéutico, programas de capacitación y fortalecimiento de habilidades para el cuidado, redes de apoyo, mejorías en entorno laboral, atención medica e integral, entre otras.

El síndrome del cuidador quemado (SCQ) tiene consecuencias negativas en una serie de funciones neuropsicológicas, especialmente en facilidad en procesos atencionales, memoria de trabajo, concentración, toma de decisiones y flexibilidad cognitiva (Vitaliano, Ustundag, & Borson, 2017), este a causa de un alto nivel de estrés crónico y prolongado que produce la sobrecarga de este tipo de cuidado, afectando bastante el funcionamiento de las redes neurales como la corteza prefrontal dorsolateral y en regiones límbicas, lo que debilita las habilidades del razonamiento, la actualización de información, el uso de recursos, la resolución de problemas (Diamond, 2013; Miller & Cohen, 2001). Además, una debilitación de control atencional puede traducirse en dificultades para concentrarse en una tarea, en cambiar el foco de atención, de tal manera que aumenta el riesgo de errores, la toma de decisiones de forma rápida y la disminución de la eficacia como cuidador o cuidadora (Choi et al, 2024). De eso se concluye que el SCQ no solo tiene consecuencias emocionales, sino que también es cognitivo, es decir, del mismo se derivan interferencias en el cuidado del otro y en el manejo de las responsabilidades de la vida diaria, de tal manera que la vulnerabilidad alcanza tanto al cuidador como al sujeto (Controlador).

Funciones ejecutivas

Desde la perspectiva de Zelazo y Müller (2002), las funciones ejecutivas se definen como un conjunto de procesos cognitivos de alto nivel que permiten el control voluntario de pensamientos, emociones y acciones orientadas a metas. Estos autores proponen que las funciones ejecutivas no son estructuras aisladas, sino un sistema interconectado que se

desarrolla progresivamente a lo largo de la infancia y la adultez, y que está estrechamente vinculado al funcionamiento del lóbulo prefrontal. Dentro de este marco, se destacan componentes fundamentales como la memoria de trabajo, la inhibición y la flexibilidad cognitiva, que permiten a los individuos adaptarse a situaciones nuevas, resolver problemas complejos, regular su comportamiento y tomar decisiones informadas. Zelazo y Müller plantean que estas funciones son esenciales para la autorregulación y el pensamiento reflexivo, ya que permiten mantener la información relevante en mente, ignorar distracciones, cambiar de estrategia cuando es necesario y supervisar el propio desempeño. Además, subrayan que las funciones ejecutivas son especialmente importantes en contextos que demandan control emocional y toma de decisiones en condiciones de incertidumbre, siendo por ello relevantes tanto en la vida cotidiana como en procesos terapéuticos o educativos. La comprensión y fortalecimiento de estas capacidades resulta crucial en poblaciones vulnerables, como los cuidadores con síndrome de agotamiento, quienes requieren de habilidades ejecutivas robustas para gestionar el estrés, regular sus emociones, planificar sus actividades y mantener un equilibrio entre el cuidado de otros y el autocuidado.

Rehabilitación psicoterapéutica

Según Sainz de Murieta y Cisneros (2022), la Organización Mundial de la Salud define la rehabilitación psicoterapéutica como un conjunto de intervenciones orientadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con condiciones de salud que interactúan con su entorno. El término condición de salud abarca enfermedades agudas o crónicas, trastornos, lesiones o traumatismos.

Los procesos de rehabilitación son integrales cuyo objetivo es mejorar las condiciones, favorecer los procesos de recuperación en funciones físicas, cognitivas, mentales y sociales de una persona, afectadas por una lesión, enfermedad, enfermedades

agudas (una condición de salud la cual afecta a un individuo con un conjunto de síntomas intensos con inicio rápido los cuales se presentan de manera repetitiva y su duración es corta) o crónicas (condición de salud la cual afecta el bienestar y funcionalidad de una persona la cual se caracteriza por persistir a lo largo del tiempo con evoluciones lentas) (Ibarra, L. 1986). Según esto, los procesos de rehabilitación están centrados en personas con enfermedades y/o patologías que afecten a los sistemas musculoesqueléticos y neuronal (Sainz y Cisneros, 2022).

A partir de ello los procesos de rehabilitación se encuentran establecidos como un conjunto de procesos los cuales tienen como objetivo restablecer los procesos de funcionalidad en un individuo, estos son: *Evaluación Inicial*: Evaluación Médica, el equipo médico realiza una revisión completa del historial médico del paciente y de su condición actual; esto incluye diagnósticos previos, exámenes físicos, pruebas de laboratorio, y estudios que determinen el nivel de afectación y el conjunto de síntomas del individuo. *Evaluación Funcional*: Se evalúan las capacidades físicas, cognitivas y emocionales del paciente para determinar el nivel de funcionamiento actual y las áreas que requieren intervención.

Planificación del tratamiento: Este emergerá a partir del diagnóstico inicial estableciendo las necesidades médicas del paciente, basado en la evaluación se determinará los procesos de intervención complementario y multidisciplinar (farmacoterapia, psicoterapia, fisioterapia, etc.) estableciendo los requerimientos y necesidades del paciente frente a su afectación, enfermedad o patología. *Implementación del tratamiento*: Esta fase se caracteriza por la ejecución del tratamiento caracterizado de igual manera por los procesos de evolución en el cual se enmarca la evolución progresiva del paciente con la finalidad de establecer los parámetros de mejoría frente al conjunto de síntomas, restablecimiento de funcionalidad, sensación de bienestar en las diferentes áreas (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Neurorrehabilitación

La neurorrehabilitación es un proceso dinámico orientado a mejorar la calidad de vida de personas con daño cerebral, abordando sus funciones cognitivas, emocionales, conductuales y sociales (Wilson, 2019). Su objetivo principal es restaurar o compensar las funciones afectadas, maximizando la autonomía del paciente y facilitando su reintegración a la vida cotidiana. Para ello, se busca recuperar habilidades como la atención, la memoria y el lenguaje, al tiempo que se implementan estrategias para manejar las limitaciones funcionales mediante herramientas o adaptaciones que favorezcan su adaptación al entorno y su bienestar (Wilson, 2019).

El proceso de intervención debe partir de un diagnóstico integral, respaldado por una valoración interdisciplinaria que permita definir estrategias según las necesidades identificadas. Estas intervenciones deben abordar de manera complementaria los factores emocional, físico, cognitivo y clínico (Wilson, 2019); por ejemplo, en el caso de los cuidadores con el SCQ, la neurorrehabilitación se enfoca en restaurar o compensar funciones cognitivas superiores afectadas por el estrés crónico, como la planificación, el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva y la toma de decisiones. Este desgaste puede comprometer la capacidad de autorregulación y el manejo de demandas complejas, aumentando la sensación de sobrecarga (Perguachi & Calizares, 2020).

En cuanto a las afectaciones neurocognitiva del SCQ se encuentran relacionadas con los procesos neurocognitivo-relacionados al modelo Zelazo y Müller.

Procesos neurológicos en relación con el Modelo de Zelazo y Müller

El modelo teórico propuesto por Zelazo y Müller (2002) tiene en cuenta que las funciones ejecutivas se pueden clasificar en funciones ejecutivas frías y funciones ejecutivas cálidas. Hablamos de funciones ejecutivas frías cuando la activación de estas se hace en contextos abstractos, cognitivos y no afectivos, como resolver problemas, planear o la memoria de trabajo. En cambio, se habla de funciones ejecutivas cálidas cuando hablamos de

procesos en los que encontramos algún tipo de implicación emocional, motivacional o social. Algunos ejemplos de estas últimas son la regulación emocional, la toma de decisiones afectivas y la empatía (Zelazo & Carlson, 2012).

La neuroanatomía justifica tal distinción al demostrar que se activan redes neurales distintas. Las funciones ejecutivas frías dependen del circuito frontoparietal lateral, y en especial de la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC) y la corteza ventrolateral (VLPFC), el cíngulo anterior dorsal (dACC) y las áreas parietales posteriores, las cuales se asocian al control atencional y lógico (Miller & Cohen, 2001; Diamond, 2013).

Por su parte, las funciones ejecutivas cálidas corresponden al circuito orbitofrontal-ventromedial-límbico, que abarca la corteza prefrontal ventromedial (VMPFC), la corteza orbitofrontal (OFC), la ínsula, la amígdala y el cíngulo anterior ventral (vACC), las cuales se encuentran relacionadas con la valoración emocional, la empatía, así como el comportamiento social adaptativo (Bechara et al, 2000; Pessoa, 2008).

Las funciones ejecutivas frías son relevantes en la regulación del control cognitivo de aquellas tareas que necesitan razonamiento lógico, planificación estratégica y regulación del foco atencional sin intervención de la emoción. Estas funciones ejecutivas frías se concentran, para la mayoría de los autores, en el DLPFC (el 9 y el 46 de Brodmann), el cual interviene en el núcleo de la coordinación de la memoria de trabajo y planificación secuencial o mecanismos relacionados con la memoria de trabajo (Diamond, 2013).

En cuanto a la VLPFC, que se encuentra particularmente en el hemisferio derecho (giro frontal inferior), también tiene un papel activo en la inhibición de respuestas automáticas; mientras la dACC, que tiene las funciones de la detección de errores, la evaluación del conflicto y la colaboración con el DLPFC para ajustar la conducta a las nuevas reglas o demandas (Miller & Cohen, 2001). Además, estas áreas se encuentran en los circuitos de la corteza parietal posterior para la integración visoespacial y la atención dirigida.

Esta red frontoparietal (DLPFC, VLPFC y dACC) es la que se activa particularmente en el Stroop Test, en el Wisconsin Card Sorting Test y en el n-back, con la necesidad de hacer una actualización de la información, de suprimir respuestas e implicar la actualización (Barrett & Satpute, 2013).

Las funciones ejecutivas cálidas ocupan el espacio donde confluyen emoción, motivación y cognición social. A este tipo de función ejecutiva se le atribuye una mayor relación con la corteza orbitofrontal (en adelante OFC) y la corteza prefrontal ventromedial (VMPFC), áreas cerebrales que se han implicado en la valoración de las consecuencias emocionales de la decisión, en manejar la impulsividad frente a las recompensas de tipo “gratificación instantánea” e incluso en la anticipación ante los resultados sociales que puede llegar a tener una decisión (Bechara et al., 2000; Damasio, 1994). Estas áreas presentan una fuerte conectorización con el sistema límbico, que incluye la amígdala (valencia afectiva de los estímulos), el núcleo accumbens (valorar la recompensa) e incluso la ínsula anterior (la conciencia interoceptiva y empática). De otro lado la vACC, al ser implicado el control donde la parte ejecutiva sea necesaria en tareas autorreguladas que busquen la regulación emocional y en un tipo de cognición moral. Algunas redes vinculan todos estos sistemas en la realización de ciertas tareas como en el Iowa Gambling Task, el delay discounting o la toma de decisiones ante la incertidumbre emocional (Pessoa, 2008).

La evidencia empírica apoya esta descripción funcional. Estudios mediante resonancia magnética funcional (fMRIs) han proporcionado evidencia que demuestra que las funciones frías reclutan el DLPFC, el VLPFC y la corteza parietal, mientras que las funciones cálidas reclutan el VMPFC, la OFC, la ínsula y la amígdala (Kohn et al., 2015; Barrett & Satpute, 2013). Por ejemplo, se ha mostrado que modular la actividad de la DLPFC con estimulación transcranial (TMS) produce una mejora en el desempeño en tareas de planificación y memoria de trabajo debido al reclutamiento de la DLPFC, mientras que la estimulación de la

OFC puede estar relacionada con la regulación emocional como respuesta que es inducida para ciertos estímulos afectivos (Diamond, 2013).

Asimismo, en la neuropsicología clínica se observa en la disociación funcional: los pacientes con daño en la DLPFC tienen déficits en tareas como la planificación o la inhibición, mientras que los pacientes con lesiones de la VMPFC/OFC presentan déficits en la toma de decisiones de tipo social, en la empatía y en la regulación emocional, pero tienen un comportamiento lógico (Bechara et al, 2000; Damasio, 1994).

Intervención psicoterapéutica y neuropsicológica del SCQ

El concepto de salud y enfermedad ha estado estrechamente relacionado con la evolución humana, estableciendo los conceptos primitivos en relación a la concepción de salud la cual era reduccionista de bienestar como carencia de enfermedad, por lo tanto, el ser humano ha innovado en los procesos de intervenciones médicas, frente a las dolencias, malestar y enfermedad el ser humano ha innovado por medio de diferentes medios favorecer, mantener y mejorar su estado de salud por medio de intervenciones médicas, rituales religiosos o culturales por medio de la implementación de plantas o los recursos naturales que los rodeaban, Como ejemplo tenemos las primeras trepanaciones realizadas por rocas u objetos contundentes como alternativa para reducir el dolor de cabeza o dolencias físicas, artefactos y herramientas echas de palo, breo, barro y hojas con la finalidad de entablillar las extremidades de nuestros antepasados o las agujas echas con huesos humanos o de animal para realizar suturas y costura en las heridas, estos instrumentos primitivos han sido la evidencia arqueológica frente a estas prácticas medicinales, estableciendo así el origen de la medicina (Galán, 2012).

Cuando las primeras civilizaciones emergen el ser humano amplió su conocimiento en el desarrollo e implementación de estas herramientas en el conocimiento, fortaleciendo y perfeccionando las practicas que generaban resultados positivos en relación a los procesos de

salud y enfermedad, partiendo de esto se generaron procesos especializados profesiones y roles, por lo que el conocimiento en relación con la salud ha favorecido concepciones mucho más amplias y acertadas hasta las que conocemos hoy. Por lo tanto, el concepto de salud actualmente se aborda como una construcción multidimensional (Canal, 2003), por lo tanto, estos son diferentes factores y dimensiones las cuales interactúan y se correlacionan entre sí, se toma como ejemplo las enfermedades psicosomáticas, estas son enfermedades inducidas por concepciones psicológicas, cognitivas y emocionales las cuales tienen incidencia en el organismo generando afectaciones medicas como lo son; dolores abdominales, cefaleas, cáncer, diabetes, gastritis, tensión muscular, afectaciones cardiacas y/o respiratorias. En los procesos de salud y enfermedad, la medicina ha buscado abordar los fenómenos y afectaciones médicas, generando una óptica significativa frente a las afectaciones mentales, implementando nuevos estudios especializados en el abordaje de las afectaciones psicológicas (Galán, 2012).

Musicoterapia

La American Music Therapy Association (2003) tomado de: Arias, Garzón & Leyton (2022) explica la musicoterapia como el uso de la música y toda clase de experiencias a nivel musical, que permitan mantener, restaurar y mejorar la salud psíquica y física de las personas.

Por su parte, Campos (2019) tomado de Britez, Nuñez, & Almirón (2020), profundiza en las distintas formas en que la música puede ser empleada en terapia, (escuchada, interpretada, cantada, bailada, improvisada) para mejorar la comunicación no verbal, equilibrar las emociones, la salud psicofísica y el cultivo personal, espiritual e integral. Benenson (2000, como se citó en Britez, Nuñez, & Almirón, 2020) destaca la importancia de la relación entre el musicoterapeuta y el paciente o grupos de pacientes, subrayando que el objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes y rehabilitarlos para la sociedad.

Bruscia (1997, como se citó en Mazo, 2017) enfatiza la necesidad de una intervención estructurada y planificada. El musicoterapeuta debe diseñar sesiones terapéuticas basadas en objetivos claros y utilizar una variedad de técnicas y métodos.

Intervención psicoterapéutica y neuropsicológica mediante la música en el SCQ

El rol de los cuidadores de enfermos, especialmente en enfermedades complejas, puede ser muy demandante tanto a nivel físico como psicológico. Pueden presentar fatiga y agotamiento dados sus constantes movimientos para atender a la persona que tiene la enfermedad, estrés, falta de autocuidado, aislamiento, problemas en sus relaciones interpersonales, entre otros factores que pueden influir en su bienestar e incluso desencadenar en el SCQ (Clemente, 2017).

Clemente (2017), realizó una revisión narrativa sobre los beneficios de la musicoterapia aplicada a cuidadores de personas con patología neurológica, analizando 11 estudios encontrados en las bases de datos PubMed, Scopus y PsycINFO, evidenciando en estas investigaciones las intervenciones realizadas con esta población, algunas son: el estudio de Klein en el año 2012, donde participaron 14 cuidadores de personas con demencia y que hacían parte de un programa de cuidado centrado en la familia, estos cuidadores tenían entre 19 a 75 años, sin especificar género. La sesión se llevó a cabo de manera grupal y consistió en componer canciones y cantarlas con un acompañamiento de guitarra, menciona que los resultados fueron positivos en su mayoría ya que la distracción que les provocaba las actividades desembocó en una reducción del estrés y sintieron cohesión de grupo. Otro de los estudios fue realizado en el año 2015 por Lewis, el cual tuvo 59 cuidadores informales (de 30 a 70 años, siendo el 69% de género femenino) de personas con demencia que proporcionaban atención en su casa o en la del anciano, esta intervención se hizo de manera individual y usando un reproductor MP3 al realizar actividades correspondientes a su rol, como resultado, observaron que la angustia psicológica de los cuidadores disminuyó significativamente. Con lo anterior, se evidencia que estas investigaciones indicaron que la musicoterapia (MT) sí

produce beneficios en cuidadores de personas con patología neurológica, excepto cuando el enfermo se encuentra en la última etapa de demencia y sin institucionalizar, pues en estos casos, no son significativos.

Oder-Miller et. al, publicaron en el año 2022 una intervención musical nombrada HOMESIDE, la cual ha sido probada en varios países (Alemania, Australia, Noruega, Reino Unido), su propuesta tiene como población objetivo pacientes con demencia y sus cuidadores, realizando entrenamientos por díadas (paciente y cuidador), donde los musicoterapeutas graban sesiones para ajustar el contenido según las necesidades de los participantes. Después de 12 semanas, se realiza una entrevista semiestructurada para evaluar sus experiencias. El estudio incluye tres sub-estudios: viñetas de casos ilustrando las intervenciones, un análisis del uso diario de la música en casa mediante diarios, y las percepciones de los musicoterapeutas sobre la intervención. Los datos se analizan tanto cuantitativa como cualitativamente para identificar temas, patrones y frecuencias de uso de las actividades musicales. Como resultados, han encontrado mejora de la calidad de su relación, disminución del estrés y una sensación de esperanza y alegría para los cuidadores, entre otros beneficios.

Por su parte, Fandiño (2019), publica su trabajo titulado “Efecto de la musicoterapia en la reducción de la sobrecarga física y emocional en un grupo de cuidadores en la ciudad de Bogotá DC.”, siendo este de tipo mixto con un diseño explicativo secuencial, donde hizo uso de la triangulación para el análisis y discusión de los resultados. 10 cuidadores de pacientes con Alzheimer que asisten a la Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia en Bogotá, por la inasistencia de los participantes, cerraron el proceso antes de lo previsto, siendo en la sesión 13. Posteriormente, contactó con Fundación Alzheimer para realizar el estudio, allí lo completaron en 2 meses con un total de 20 sesiones, realizando la intervención musicoterapéutica en torno al autoconocimiento, la identificación de emociones propias y las asociadas a la persona a quien cuida y a su red de apoyo, aplicando diversas técnicas musicoterapéuticas. Entre otros, hubo resultados cualitativos evidenciados en cambios positivos en

las variables intervinientes, demostrando que la musicoterapia tiene un efecto positivo en la reducción de la sobrecarga física y emocional en cuidadores, por tanto, es una disciplina adecuada para trabajar con este tipo de problemáticas, tanto como prevención como tratamiento.

Witford, et. Al. (2023) en su trabajo titulado “Music therapy intervention to reduce caregiver distress at end of life: a feasibility study”, nos muestra un estudio prospectivo, realizado entre 2017 y 2020, que incluyó a 20 cuidadores de pacientes hospitalizados en el Programa de Hospicio de la Clínica Mayo. Los cuidadores recibieron sesiones de terapia musical de 20-45 minutos adaptadas a sus necesidades, que incluían la creación de música, escucha de apoyo y proyectos de legado. Se evaluaron los efectos mediante cuestionarios antes y después de la terapia, y una encuesta de seguimiento a los 6 meses. Las herramientas incluyeron Linear Analog Self-Assessment Scale (LASA), Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) y Routine Outcome Monitoring (ROM), con un análisis de datos descriptivo que utilizó estadísticas de frecuencia, medias y desviaciones estándar. Como resultados, observaron una mayor calidad de vida y bienestar mental, físico, emocional y social post-MT, con medios aún más altos a los 6 meses post-MT. La encuesta de satisfacción post-MT mostró que el 100% de los cuidadores estaban muy satisfechos y recomendarían MT a otros, encontrándola muy efectiva para el apoyo emocional (85.7%) y el alivio del estrés (78.6%). En resumen, la MT es viable para los cuidadores de pacientes en hospicio agudo, con alta satisfacción y mejora en la calidad de vida. Se recomienda realizar estudios más amplios para evaluar el impacto de MT en los cuidadores.

Otro estudio, realizado en Bogotá, Colombia, es el de Guerrero (2023), el cual estudió el efecto de una intervención musico terapéutica para disminuir el estrés laboral mediante la promoción de las habilidades de afrontamiento del personal de cuidado formal de pacientes con trastornos neuro-psiquiátricos en un dispositivo de cuidado residencial. En este estudio descriptivo mixto con predominancia cualitativa, se exploraron las estrategias de

afrontamiento, el estrés laboral y las manifestaciones corporales, sonoras y musicales a través de protocolos de seguimiento musicoterapéutico y fichas de indicadores psico-sonoros de conexión vincular adaptadas. Se realizaron 14 sesiones grupales, adaptándose la intervención a las condiciones específicas de cada sede del dispositivo de cuidado residencial, seguidas de una reevaluación post intervención para medir cambios en el estrés. Los resultados del estudio muestran que los cuidadores formales en un entorno residencial enfrentaban altos niveles de estrés, influenciados por factores como la comunicación, la autonomía laboral y las demandas emocionales. La intervención musicoterapéutica fue efectiva para ayudarles a manejar este estrés, utilizando creencias religiosas, desconexión, desarrollo de confianza y mejorando el clima laboral mediante relaciones tipo clan. Las técnicas integradas, tanto corporales como musicales, facilitaron la expresión emocional y el aprendizaje de nuevas habilidades, permitiendo a las cuidadoras canalizar sus emociones a través de canciones personalizadas y creativas.

Hernández, (2024) muestra su artículo titulado “Cantar para sanar. Propuesta de intervención para tratar el síndrome de burnout”. En su propuesta, las sesiones de musicoterapia combinan actividades de interiorización y exteriorización. Las actividades de interiorización, o musicoterapia receptiva, se centran en la escucha pasiva, guiando al usuario hacia un estado de meditación profunda o viaje musical, utilizando música pregrabada para inducir estados alterados de conciencia y liberar emociones. En contraste, la musicoterapia activa involucra la participación vocal, corporal e instrumental del usuario, empleando técnicas de improvisación musical basadas en los métodos Nordoff-Robbins y Benenzon. Estas sesiones se realizan en grupos de hasta 15 personas, con un enfoque en la relación terapéutica y el uso del círculo para agrupar a los participantes. Los resultados se evaluaron utilizando el test de estrés laboral del IMSS, basado en la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), que mide agotamiento emocional, despersonalización y realización

personal. La evaluación comparó los niveles de estrés antes y después de la intervención para determinar si hubo una reducción del estrés laboral.

La revisión sistemática de la literatura indica que la musicoterapia ofrece beneficios significativos para los cuidadores, especialmente en la prevención del síndrome de cuidador quemado. Aunque ha habido un aumento en el uso de la musicoterapia en este grupo poblacional, la mayoría de los estudios existentes son revisiones bibliográficas y no profundizan en el análisis desde perspectivas psicológicas y neuropsicológicas. Además, la escasez de investigaciones recientes subraya la necesidad de estudios más completos y actualizados que exploren en mayor profundidad los mecanismos y efectos de la musicoterapia en los cuidadores (Hernández, 2024).

Fundamentos teóricos del programa

Esta propuesta está centrada en el entrenamiento de funciones ejecutivas, las cuales se dividen en frías y cálidas, según la teoría de Zelazo y Müller. Las funciones ejecutivas frías comprenden procesos cognitivos como la planeación, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, inhibición y razonamiento verbal; mientras que las cálidas están ligadas a la gestión emocional, control de impulsos, toma de decisiones y empatía (Zelazo et al., 2003, como se citó en Bausela, 2014).

El programa emplea actividades psicológicas y neuropsicológicas centradas en el entrenamiento de funciones ejecutivas, complementadas con la música como herramienta innovadora, la cual ha demostrado mejorar la regulación emocional y el bienestar general (Díaz, García & Wilches, 2020).

Además, el programa contempla principios bioéticos esenciales al incluir un protocolo de atención en crisis, basado en los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía (Beauchamp & Childress, 2019; Ministerio de Salud, 1993; Castro, s.f.).

En cuanto a los fundamentos específicos de cada función ejecutiva abordada en el programa:

- Atención: Se toma el modelo jerárquico de Sohlberg y Mateer, que comprende niveles como atención focalizada, sostenida, selectiva, alternante y dividida, esenciales para manejar múltiples estímulos y adaptarse a entornos exigentes (Bernate-Navarro et al., 2009; Serrano et al., 2018; Sohlberg & Mateer, 2001).
- Inhibición: Se abordan tres tipos: perceptual, cognitiva y conductual, fundamentales para el filtro de estímulos irrelevantes (Diamond, 2013; Nigg, 2000; Friedman & Miyake, 2004; Hasher et al., 2007; Aydmune & Introzzi, 2018).
- Memoria: La teoría de la memoria de trabajo de Baddeley y Hitch es clave para entender cómo se manipula información mientras se realiza una tarea, junto con el modelo de Zimmerman sobre estrategias metacognitivas y autocontrol (Baddeley et al., 2001; Zimmerman, 2002, citado en Núñez et al., 2006).
- Planificación y organización: Se enmarcan en la teoría de los sistemas de control ejecutivo (Anderson, 2002, como se citó en Caballero, 2023), que integra dominios como procesamiento de la información, control atencional, flexibilidad y establecimiento de metas. Estas habilidades permiten a los cuidadores estructurar sus tareas, anticiparse a eventos y organizar sus recursos cognitivos (García et al., 2016; Urbano & Amaya, 2011, citado en Capera et al., 2019).
- Toma de decisiones: Es una función ejecutiva asociada a procesos motivacionales y emocionales, puede definirse como la habilidad para seleccionar el curso de acción más adaptativo entre un conjunto de posibles alternativas conductuales (Bechara, Tranel y Damasio, 2000, como se citó en Genoni, 2018).
- Control emocional: Implica la capacidad de regular y gestionar las emociones propias en situaciones de alta carga afectiva. El síndrome del cuidador quemado consiste en un desgaste a nivel emocional y físico, se experimenta alteraciones emocionales que se manifiestan en alteraciones de la conducta, carácter y psicósomáticas tales como

“angustia, alergias, afecciones de la piel, cefaleas, lumbalgias, trastornos gástricos e intestinales” (Candelaria, M. 2013).

- Gratificación diferida y autocontrol: la gratificación diferida, un concepto estudiado por Walter Mischel (1972) en el famoso ejercicio del marshmallow, implica la capacidad de posponer recompensas inmediatas a favor de beneficios mayores a largo plazo. El autocontrol, según Baumeister y Heatherton (1996), se define como la capacidad de regular impulsos y emociones, lo que permite a los cuidadores tomar decisiones más reflexivas y adaptativas en situaciones desafiantes, lo que es especialmente relevante en el contexto del cuidado de otros.
- Empatía: La teoría de la mente (ToM) es una habilidad sociocognitiva que refiere a las relaciones sociales, esto implica que la persona sea capaz de comprender y predecir el comportamiento de los estados mentales propios y ajenos (Dennett, 1978, como se citó en Gonzales, S. 2015).

Validez por contenido de los programas de intervención

Jornet, J. Suarez, M y Carbonell, A (2000) refieren que el concepto de validez depende del proceso en que se aplique, define la posición que hay respecto a la evaluación de programas como proceso, orientación epistemológica y metodológica. La evaluación de programas construye un tipo de investigación con características muy definidas: 1. Tiene una utilidad inmediata, exige un alto grado de confianza en los resultados. 2. Está impregnada de cuestiones de valor, ¿conviene modificar algo?, ¿estamos realizando un trabajo efectivo?, ¿se está alcanzando lo pretendido? ..., y 3. Se encuentra condicionada por factores sociales y políticos, que la involucran en situaciones excesivamente complejas.

A partir de ello en el concepto de Validez, se deben identificar las facetas del concepto. El análisis de Facetas de Guttman refiere dos tipos de facetas: 1. *Facetas subyacentes metodológicas de la Validez*: se refieren a aquellas que pueden implicar cualquier proceso de investigación especificada en importancia o relevancia, entendiendo

características concretas de dicho proceso: Facetas genéricas: son las que se pueden identificar con énfasis dependiendo del tipo de situación. 1. Validez interna: trata de demostrar que la asociación constatada entre el programa implementado y el efecto medido dé una relación causal. 2. Validez Externa: trata de generalizar constructos de mayor nivel teórico o amplitud partiendo de tratamientos y medidas específicas, entendido como un conjunto de criterios de calidad. 3. Facetas específicas: estas se pueden identificar con mayor o menor énfasis, dependiendo del tipo de situación (programa, plan de evaluación, etc.). 4. Validez de constructo; trata de realizar inferencias acerca de la construcción teórica orientada en el planteamiento de la evaluación, respetando la ausencia de teorías construidas y adecuadas al nivel de desarrollo teórico. Y 5. validez de conclusión: Trata de realizar inferencias válidas acerca de si un programa y su posible efecto están relacionados, aun sin saber si esa relación es o no causal (Jornet et al., 2000).

Validez de contenido

Este refleja el dominio específico del contenido de lo que se quiere medir. La validez de contenido está vinculada a la planificación del cuestionario, el instrumento medición debe tener representados a todos los ítems acorde a las variables empleadas y sus respectivas dimensiones, luego de esto se elabora el instrumento para ser validado por el grupo de jueces, un número impar (3 o 5), que certifiquen las preguntas, reactivos o afirmaciones seleccionadas, que estas sean claras y coherentes con el trabajo desarrollado. “Hay que considerar que, la validez de contenido no puede expresarse cuantitativamente es más bien una cuestión de juicio, se estima de manera subjetiva o intersubjetiva empleando, usualmente, el denominado Juicio de Expertos” (Corral, Y. 2009). Se acude a esta para conocer la probabilidad de error en la configuración del instrumento.

La validez de contenido por jueces expertos se entiende como “una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones”; es por

ello por lo que los jueces debes ser personas conocedoras de la temática, por su formación académica o experiencia laboral (Galicía, Balderrama y Navarro (2017)).

Para esta se aplicará la propuesta de Escobar y Cuervo (2008) tomado de Galicía, Balderrama y Navarro (2017) quienes crearon una plantilla con cuatro categorías: claridad, coherencia, relevancia y suficiencia, las cuales se definen como: Claridad: Hace referencia a la síntesis y semántica de cada ítem. Coherencia: Evalúa si el ítem tiene relación lógica con el indicador o dimensión que está midiendo. Relevancia: estima si el ítem es esencial para medir el indicador. Y Suficiencia: evalúa si el conjunto de ítems es suficiente para medir la dimensión (Torres, J. Vera, V. Zuzunaga, F. et.al. 2022).

Validez de usabilidad

La usabilidad se define como “la medida en que un producto puede ser utilizado por determinados usuarios para alcanzar objetivos específicos con efectividad, eficiencia y satisfacción en un contexto definido de uso” (Bevan, 2009, como se citó en Pérez, L. 2016).

Según Fernández (2012) tomado de Sierra, J (2016) describe dos enfoques en la definición de usabilidad: 1. Se encuentra orientada al proceso de uso, e interpreta la capacidad de utilización y satisfacción según la expectativa del usuario y 2. Está orientada al producto y la facilidad en su uso.

ISO/IEC 25012 (2010) tomado de Sierra, J (2016), plantea la usabilidad como “la capacidad de los datos de ser entendidos, gestionados y utilizados para captar la atención del usuario, cuando se usan en condiciones especificidades”, estas características se relacionan con:

- Efectividad: es la capacidad de datos que permiten a usuarios de conseguir objetivos específicos desde un enfoque cuantitativo y cualitativo en contextos específicos (Sierra, 2016).

- Oportunidad: Es la medida en que los datos están actualizados para una tarea específica.
- Adecuación: Es la medida de la medida en los datos son suficientes para satisfacer las necesidades desde un punto cuantitativo, la capacidad de datos para representar el contexto observado (Sierra, J. 2016).
- Satisfacción: Refiere a la capacidad de datos de satisfacer a los usuarios en contexto específico, como lo son: “Credibilidad, relacionada con la medida en que los datos satisfacen las necesidades de los usuarios y son considerados como verdaderos y creíbles por ellos; y accesibilidad, relacionada con la capacidad de los datos para ser asequibles por personas con discapacidad” (Sierra, J. 2016).

Teniendo en cuenta el Modelo de Lawshe (1975), este determina un índice cuantitativo para la validez de contenido de un instrumento, lo cual se determina por el acuerdo entre jueces y no se mide por un indicador objetivo de validez del instrumento. El autor propone el modelo organizando un Panel de Evaluación de Contenido, integrado por especialistas en la tarea a evaluar (competencias, conocimientos, habilidades, funciones u otro tipo de elemento distintivo), quienes contarán con una copia de la prueba o conjunto de ítems a analizar, sobre las cuales deberán dar su opinión en tres categorías: esencial, útil pero no esencial, no necesario (López, A. 2008).

En resumen, el marco teórico que se ha presentado ayuda a entender la complejidad del Síndrome del Cuidador Quemado desde una perspectiva multidimensional, que une aspectos emocionales, cognitivos y contextuales. Es fundamental reconocer la carga psicoemocional que enfrentan los cuidadores, así como el impacto en sus funciones ejecutivas, lo que resalta la necesidad de intervenciones terapéuticas integrales. Estas intervenciones no solo deben aliviar los síntomas, sino también fortalecer sus recursos internos.

La rehabilitación psicoterapéutica y la neurorehabilitación proporcionan marcos clínicos relevantes para abordar los efectos del burnout, teniendo en cuenta la interacción entre el estado emocional, las habilidades cognitivas y el entorno del individuo. De esta manera, se establece una base sólida para el desarrollo del programa de intervención “Al Ritmo del Autocuidado”, que propone una estrategia innovadora al combinar el fortalecimiento de funciones ejecutivas con el uso terapéutico de la música, promoviendo así el bienestar emocional, la autorregulación y la recuperación funcional de esta población vulnerable.

Estado del arte

A partir del marco teórico expuesto, donde se han abordado los fundamentos conceptuales del síndrome del cuidador quemado, las funciones ejecutivas, la rehabilitación psicoterapéutica y la musicoterapia como enfoque terapéutico, se hace necesario profundizar en cómo estos constructos han sido tratados desde la investigación actual.

Mazo, M. en 2017 realiza una intervención con musicoterapia a cuidadoras de pacientes con Alzheimer con el fin de impactar en el autocuidado emocional. Se evidenciaron resultados cualitativos que concluyeron que la música logra favorecer aspectos de reconocimiento y autogestión emocional y el uso de estrategias de afrontamiento propias ante situaciones de estrés que puede generar la labor de cuidado; esto apoya nuestra intervención desde las funciones ejecutivas cálidas. En relación con el diagnóstico de la anterior investigación, identificamos que, por parte de Lizcano, S. en el 2016 se realizó una intervención en pacientes con Alzheimer en donde se vinculó también la musicoterapia, con el fin de identificar en esta población que beneficios traería la música desde la neuropsicología. De esta resultó una mejora significativa en los niveles de deterioro de la memoria, en especial, se evidencio mejor desempeño en actividades de memoria episódica. Esto entonces empieza a afirmar la pertinencia del uso de la música también para el entrenamiento en las funciones ejecutivas frías.

Se evidencia un vacío en la investigación desde lo empírico, que limita un poco nuestro estado del arte, esto porque se encuentran exploraciones investigativas desde lo teórico robustas que apoyan el uso de la música en intervenciones neuropsicológicas, pero, desde lo empírico se halla el uso de la música en pacientes con enfermedades neurológicas o en cuidadores formales, como lo muestra Rusell, E. (2006) en su trabajo titulado “The effect of music therapy sessions on compassion fatigue and team building of professional hospice caregivers”, en donde a partir de la intervención se fomentó el trabajo en equipo de los cuidadores; sin embargo esto aunque respalda la música como herramienta psicoterapéutica, nuestra población elegida son los cuidadores informales en quienes pocas intervenciones documentadas se encuentran siendo esta una de las necesidades encontradas para la pertinencia de nuestra propuesta.

El estudio realizado en 2024 por Pérez, P. et al., es uno de nuestros mayores respaldos debido a el uso de la música con la población en mención y el efecto positivo en constructos psicoemocionales, pues, en esta, al realizar una intervención que consistió en 10 sesiones semanales de musicoterapia a cuidadores informales, se identificó disminución significativa de síntomas de ansiedad, depresión y carga subjetiva, que en términos generales impacta la calidad de vida, objetivo también en nuestra propuesta.

En otros eventos estresantes, como el duelo, también se identifican beneficios de la música para la elaboración de este, como lo documenta Rojas Rodríguez, M., Puggina, A. C., & Sánchez Fuentes, M. M., en 2019, en el estudio donde se buscaba identificar las características de los cuidadores tras la muerte de sus seres queridos, en donde se destacaron como factores protectores para el proceso del duelo las creencias con relación a la muerte, la religión y el vínculo con la música, esta última siendo la que mayor diferencia marco entre los participantes en cuanto al manejo más adecuado de los impactos emocionales y reactivación de las rutinas luego de la pérdida.

Diversos estudios se han centrado en la fatiga por compasión, constructo efecto de la tarea del cuidado, ha sido estudiado en especial en cuidadores formales, identificando que entre el 16 y 85% del personal sanitario desarrollan este tipo de estrés por la repetida exposición a eventos de impacto en la salud humana, en especial experiencias de trauma en el otro (Hooper, et al. 2010). Beck, C (2011), en su observación indica que más del 25% del personal paramédico de las ambulancias presentaba síntomas postraumáticos graves por su rol. Identificando también que el personal de enfermería es la profesión que más vinculada con síntomas de fatiga por compasión revela en el grupo de cuidadores formales. De lo anterior, destaca como factores de riesgo algunos que aplican para que, aunque no se documenta también pueda estar relacionado con cuidadores informales, como: la cultura del silencio en sectores de salud, largas jornadas laborales, escasez de personal, falta de conocimiento, capacitación deficiente.

Es de destacar para el apoyo a nuestra propuesta, el estudio de Choi, Y. (2010), en donde se realizó un estudio cuantitativo para evaluar el efecto de estrategias de gestión emocional, como la música, la relajación muscular progresiva y su combinación, en la ansiedad, la fatiga y la calidad de vida, de cuidadores familiares de pacientes en cuidados paliativos; El estudio mostro diferencias significativas entre pre y postest, para síntomas de ansiedad y fatiga, y al grupo al cual se le aplico las estrategias mixtas impactaron en mayor medida en la calidad de vida de los cuidadores informales.

En síntesis, la revisión del estado del arte evidencia un creciente interés por comprender y mitigar los efectos del síndrome del cuidador quemado, particularmente a través de intervenciones terapéuticas innovadoras como la musicoterapia. Si bien existe un cuerpo teórico sólido que respalda la eficacia de estas estrategias tanto en el fortalecimiento emocional como en las funciones ejecutivas, aún se identifican vacíos significativos, especialmente en relación con cuidadores informales y el abordaje desde una perspectiva

neuropsicológica integral. Es importante aclarar que, en nuestra propuesta, no se implementa la musicoterapia en su sentido clínico y profesional, ya que esta requiere la participación de un musicoterapeuta certificado; sin embargo, hacemos uso de la música como herramienta terapéutica de apoyo, integrada estratégicamente en actividades psicológicas y neuropsicológicas orientadas al entrenamiento de funciones ejecutivas frías y cálidas. Esta elección responde a la evidencia que muestra el potencial regulador, motivacional y emocional de la música en contextos de intervención. Así, nuestra propuesta busca promover el bienestar emocional, la autorregulación y la calidad de vida de los cuidadores informales, quienes constituyen una población altamente vulnerable y escasamente atendida desde el ámbito investigativo y clínico.

Planteamiento del problema

El Síndrome del Cuidador Quemado (SCQ), descrito por primera vez por Freudenberger en 1974, se refiere a una respuesta al estrés crónico derivado de brindar cuidados continuos, especialmente sin apoyo adecuado. Es un problema prevalente entre cuidadores informales, quienes experimentan agotamiento emocional, despersonalización y una sensación de ineficacia que deteriora tanto su bienestar como la calidad del cuidado ofrecido (Cárdenas, 2022). Este síndrome incluye síntomas físicos como cefalea, fatiga crónica, alteraciones del sueño; y emocionales como la ansiedad y la depresión, que generan un círculo vicioso de deterioro personal y deterioro en la relación cuidador–paciente.

En América Latina, los cuidadores informales enfrentan múltiples desafíos: la falta de formación específica, escasez de recursos financieros, sobrecarga emocional y ausencia de redes de apoyo e institucionalidad robusta (OPS, 2021). En Colombia, esta situación se agrava por el limitado acceso a servicios de salud mental, la informalidad del rol y la precariedad socioeconómica (Ministerio de Salud, 2021). Estudios estiman que entre el 45% y el 65% de los cuidadores informales colombianos presentan síntomas de SCQ (Gómez & Gómez, 2017; Bedoya et al., 2020; El País, 2023; El Heraldo, 2023).

Este contexto evidencia una brecha crítica: mientras los cuidadores formales han sido estudiados y en algunos casos protegidos mediante programas estructurados, los cuidadores informales que representan más del 80% del total en América Latina, permanecen invisibilizados, sin representación suficiente en investigaciones ni intervenciones diseñadas a su medida (Rodríguez et al., 2017; Arango-Lasprilla et al., 2018). Su exposición continua al estrés, sin apoyo psicosocial, incrementa el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos y enfermedades crónicas (Brodaty & Donkin, 2009).

Además, los determinantes sociales de la salud (DSS) influyen fuertemente en la manifestación del SCQ. Factores como el nivel socioeconómico, acceso a servicios de salud, condiciones laborales y apoyo familiar modulan la vulnerabilidad del cuidador ante el estrés (Marmot et al., 2008). Las políticas públicas en Colombia han avanzado con leyes como la 1616 de 2013 (salud mental) y la 2125 de 2021 (cuidador familiar), pero su implementación es aún limitada (Ministerio de Salud, 2022).

Justificación

Frente a esta realidad, el programa “Al Ritmo del Autocuidado” se presenta como una propuesta preventiva y formativa que responde a una necesidad urgente. A diferencia de intervenciones convencionales, este programa combina el fortalecimiento de funciones ejecutivas con el uso de la música. Esta herramienta ha mostrado eficacia para reducir ansiedad, depresión y mejorar el estado de ánimo y la resiliencia en cuidadores (Thaut & Hoemberg, 2014; Chong et al., 2024; Pérez-Núñez et al., 2024).

Desde un enfoque neuropsicológico, el entrenamiento de funciones ejecutivas frías y cálidas (Zelazo & Müller, 2002) permite mejorar la capacidad del cuidador para organizar tareas, tomar decisiones y regular emociones intensas. La integración de la música en este proceso potencia los beneficios terapéuticos, pues estudios indican que los músicos presentan

mejor rendimiento en tareas de memoria de trabajo, inhibición y flexibilidad cognitiva (Smith-Castro & Rodríguez-Villagra, 2020).

La musicoterapia, definida por la Federación Mundial de Musicoterapia (2011, citado por Fandiño, 2019), promueve espacios seguros para la expresión emocional, la relajación y la regulación afectiva. En cuidadores informales, su aplicación, aunque limitada, ha evidenciado mejoras en la regulación emocional, la interacción social y el manejo del estrés (Pérez-Núñez et al., 2024; Raja et al., 2025).

Este enfoque interdisciplinario no solo fortalece las habilidades psicológicas del cuidador, sino que también promueve la salud comunitaria. La OMS (2020) señala que el autocuidado fomenta redes de apoyo y resiliencia colectiva, favoreciendo entornos saludables y sostenibles. Además, al cuidar la salud mental del cuidador, se mejora indirectamente la calidad del cuidado brindado (Schulz & Sherwood, 2008; da Silva et al., 2025).

Finalmente, el programa se alinea con marcos normativos como la Ley 2125 de 2021, que reconoce a los cuidadores informales como actores clave y promueve su bienestar mediante formación, acceso a servicios y programas de autocuidado. También se fundamenta en políticas como la Ley 1616 de 2013 y el CONPES 4080 de 2022, que respaldan el diseño e implementación de intervenciones en salud mental desde un enfoque de derechos, equidad y corresponsabilidad. Se contemplaron las normativas que orientan los procesos de investigación e intervención por parte de los investigadores y profesionales en el contexto colombiano.

- Ley 1090 de 2006 – Ley del Talento Humano en Psicología Regula la práctica profesional de la psicología en Colombia y establece que las intervenciones deben fomentar el bienestar biopsicosocial de las personas y las comunidades. Exige trabajar con responsabilidad ética, científica y social, especialmente con poblaciones vulnerables. El enfoque psicológico basado en la ACT, el trabajo con funciones

ejecutivas y la musicoterapia están respaldados por esta ley, asegurando que se desarrollen bajo estándares profesionales adecuados y con un enfoque ético.

- Ley 1616 de 2013 – Ley de Salud Mental Declara el derecho a la salud mental como un derecho fundamental en Colombia. Establece la responsabilidad del Estado en la prevención, atención, rehabilitación y promoción de la salud mental, especialmente para las poblaciones vulnerables. Ordena la creación de programas comunitarios y la inclusión de la salud mental en todos los niveles del sistema de salud. Apoya directamente las estrategias terapéuticas y de promoción del bienestar emocional para cuidadores informales, facilitando el desarrollo de intervenciones comunitarias.
- La Ley 1751 de 2015, conocida como la Ley Estatutaria de Salud, establece el derecho fundamental a la salud en Colombia. Esta ley asegura que la salud debe ser garantizada con calidad, disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad. Se enfoca en brindar atención centrada en el usuario, respetando la dignidad humana y fomentando la participación de las personas en el cuidado de su salud. Además, subraya la importancia de ofrecer servicios de salud mental y programas de autocuidado para los cuidadores, asegurando que este grupo, que a menudo no recibe atención del sistema formal, tenga acceso equitativo. Por otro lado,
- la Resolución 8430 de 1993 establece las pautas éticas, científicas y técnicas que deben seguirse en las investigaciones y programas que involucren a seres humanos en Colombia. Esta resolución enfatiza la necesidad de obtener consentimiento informado, proteger a los participantes y contar con mecanismos para manejar situaciones de crisis. También respalda la inclusión de un protocolo de crisis en los programas, garantizando que todas las intervenciones se realicen bajo criterios éticos y respetuosos de los derechos de los participantes.
- En cuanto a la CONPES 4080 de 2022, esta política reconoce el cuidado como un derecho, una necesidad y un trabajo. Propone estrategias para promover el

reconocimiento y la redistribución del trabajo de cuidado, especialmente el no remunerado. Además, sugiere desarrollar intervenciones que fortalezcan la autonomía y el bienestar de quienes cuidan. Este programa se alinea perfectamente con sus objetivos estratégicos, promoviendo el desarrollo de programas de formación, bienestar y salud dirigidos a cuidadores informales.

La Ley 1257 de 2008 aborda la violencia contra la mujer, estableciendo medidas para sensibilizar, prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia que se establecen medidas para crear conciencia, prevenir, sancionar y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres. Se reconoce la carga adicional de roles y el impacto de la violencia económica, emocional y social. Se ordena el desarrollo de acciones para brindar atención integral y promover la salud mental de las mujeres. Relevancia para el programa, Más del 80% de los cuidadores informales en Colombia son mujeres, muchas de ellas en situaciones de vulnerabilidad. Esta ley subraya la importancia de incorporar un enfoque de género en la intervención, teniendo en cuenta los efectos diferenciados del SCQ sobre las mujeres cuidadoras.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el grado de validez por contenido y usabilidad de un programa integral y apoyado por la música, de intervención y prevención de la sintomatología asociada al Síndrome de Cuidador Quemado (SCQ) en cuidadores informales, orientado al mejoramiento de las funciones ejecutivas?

Objetivos

Objetivo General

Establecer el grado de validez por contenido y usabilidad de una programa integral y apoyado por la música, de intervención y prevención de la sintomatología asociada al

Síndrome de Cuidador Quemado (SCQ) en cuidadores informales, orientado al mejoramiento de las funciones ejecutivas.

Objetivos Específicos

- Rediseñar el programa de intervención “Cuidándome por los que cuido”, un programa orientado a la disminución de la sintomatología del Síndrome del Cuidador Quemado.
- Identificar el grado de validez de contenido del programa por medio de los criterios de Claridad, Suficiencia, Coherencia y Relevancia.
- Identificar el grado de validez de usabilidad por medio de criterios de: Claridad, Pertinencia clínica, Factibilidad de aplicación, Adecuación temporal, Impacto terapéutico esperado, Atractivo o motivación esperada, Integración de la música y Adaptabilidad del programa.

Metodología

Tipo de investigación

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, con un diseño de cohorte transversal, de tipo descriptivo y orientado al desarrollo tecnológico. Este tipo de investigación se utiliza para la creación, diseño o mejora de programas existentes, y también se vincula al desarrollo de innovación, ya que permite la generación e implementación de nuevos productos o intervenciones (Colciencias, 2016).

Participantes

La investigación contó con la participación de 11 jueces expertos, quienes fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Todos los jueces seleccionados cuentan con formación profesional en psicología y poseen títulos de maestría o superior en áreas como neuropsicología clínica, psicología clínica y de la salud, psicología de la salud o musicoterapia. Además, presentan una experiencia profesional de más de dos (2) años en el ámbito clínico, trabajando con poblaciones diversas que incluían pacientes

normotípicos, adultos con daño cerebral adquirido, niños, niñas y adolescentes con trastornos del neurodesarrollo, así como personas con alteraciones en la salud mental. Su trayectoria incluye labores tanto en instituciones prestadoras de servicios de salud como en consulta particular, así como en el ámbito académico mediante la docencia universitaria, asesoría de trabajos de grado y participación en procesos de validación de instrumentos o programas de intervención.

Validación de contenido: participaron seis (6) jueces, todos con nivel de maestría en sus respectivas disciplinas: dos (2) neuropsicólogas, dos (2) musicoterapeutas y dos (2) psicólogas de la salud.

Validación de usabilidad: se contó con cinco (5) jueces, también con nivel de maestría, conformados por tres (3) neuropsicólogos y dos (2) psicólogos clínicos y de la salud.

Todos ellos realizaron un análisis detallado de las sesiones y actividades del programa, asignando puntuaciones y proporcionando observaciones cualitativas de acuerdo con los criterios establecidos para cada fase del proceso evaluativo.

Criterios de inclusión: psicólogos con magister o doctorado en neuropsicología, psicología de la salud, psicología clínica y de la salud o musicoterapia; con más de 2 años de experiencia en su campo; además experiencia en diseño y/o validación de programas de intervención.

Criterios de exclusión: se excluyeron profesionales que no contaran con título de maestría o doctorado en las áreas especificadas, o que no tuvieran experiencia clínica directa. También fueron excluidos aquellos sin experiencia comprobable en el diseño o validación de programas de intervención, o sin participación previa en procesos académicos como asesorías de tesis o validación de instrumentos.

Los jueces expertos recibieron la carta de invitación (anexo A) y el consentimiento informado (anexo B) el cual diligenciaron y regresaron firmado al correo institucional de los investigadores principales con copia al asesor del proyecto, también recibieron el programa “Al ritmo del autocuidado” (anexo E), sus anexos (anexo F), la matriz de calificación de contenido (anexo C), matriz de calificación del programa de usabilidad (anexo D) y el protocolo de atención en crisis (anexo G).

Instrumentos

Para el programa

El programa está diseñado para ser aplicado a cuidadores informales que según la Escala de Sobrecarga de Zarit (1980) actualizada en los contextos colombianos por Salazar, et al. (2013) arroje resultados de sobrecarga ligera o intensa, puesto que, el objetivo del programa es fortalecer las habilidades de aquellas funciones ejecutivas que se han visto afectadas o poco practicadas debido al ejercicio de cuidado. El programa consta de 14 sesiones, cada una diseñada para dar cumplimiento al objetivo. Cada sesión tiene una duración aproximada de 45 minutos y sigue una estructura que permite un aprendizaje progresivo y práctico, enfocado en el entrenamiento de las funciones ejecutivas frías y cálidas de los participantes, especialmente en el contexto del manejo del SCQ.

El programa inicia con la sesión 1 dedicada a la introducción general y presentación del concepto del Síndrome del Cuidador Quemado. Las sesiones de la 2 a la 9 se enfocan en el entrenamiento de funciones ejecutivas frías, como la memoria de trabajo, la atención y la planificación. Posteriormente, en las sesiones de la 10 a la 13, se trabaja en el desarrollo de funciones ejecutivas cálidas, incluyendo la regulación emocional, la toma de decisiones y el control de impulsos. Finalmente, la sesión 14 corresponde al cierre en donde se realiza una retroalimentación de lo trabajado en el programa destacando lo aprendido y entrega de diploma como símbolo de culminación.

Cada sesión está estructurada en cuatro momentos clave. El primer momento es una introducción explicativa que incluye la presentación del objetivo de la sesión, la explicación del procedimiento y un breve entrenamiento del tema. En el segundo momento, se desarrolla la actividad principal, siguiendo un paso a paso detallado que permite practicar y reforzar la función ejecutiva trabajada. El tercer momento está dedicado a la retroalimentación, donde el terapeuta analiza los logros y desafíos de la actividad, refuerza los avances alcanzados y orienta sobre posibles mejoras. Finalmente, el cuarto momento se centra en la transferencia al contexto ecológico, asignando tareas para que los participantes practiquen lo aprendido en su entorno cotidiano, Este enfoque permite no sólo adquirir habilidades cognitivas y emocionales, sino también integrarlas en la vida diaria de los participantes. De esta manera, el programa busca promover una mejor calidad de vida y un manejo más efectivo de las demandas asociadas al síndrome del cuidador quemado.

Cabe resaltar que todas las actividades propuestas utilizan la música como herramienta para el abordaje del síndrome del cuidador quemado y la propuesta de mitigar sus efectos adversos en la salud mental.

A su vez el proyecto cuenta con un protocolo en crisis el cual se implementará en situaciones de crisis emocional, El protocolo en crisis es un conjunto de herramientas estrategias y procedimientos estandarizados que buscan gestionar estabilizar de forma efectiva. El objetivo principal es estabilizar a la persona afectada, mitigar el impacto negativo de la crisis y asegurar que tenga acceso a los servicios de apoyo que necesita (Raffo, 2010).

Este programa se compone de 14 sesiones estructuradas para abordar integralmente el síndrome del cuidador quemado mediante el fortalecimiento de funciones ejecutivas frías y cálidas, con una metodología lúdica apoyada de la música y la neuropsicología. Las funciones ejecutivas son procesos cognitivos de orden superior que permiten planificar, organizar, inhibir impulsos, tomar decisiones y regular emociones, capacidades esenciales

para afrontar las demandas del cuidado crónico sin comprometer el bienestar personal. Las funciones ejecutivas frías (sesiones 2 a 9) se asocian con procesos operativos, mientras que las funciones ejecutivas cálidas (sesiones 10 a 13) están vinculadas con la regulación emocional y la toma de decisiones en contextos cargados afectivamente. Esta diferenciación permite una intervención integral que no solo entrena la cognición, sino también el manejo emocional, indispensable en el contexto del cuidado prolongado.

La sesión 1 cumple un papel introductorio y motivacional. Se sensibiliza a los participantes respecto al Síndrome del Cuidador Quemado, sus implicaciones físicas, emocionales y cognitivas, y se presenta el programa general, sus beneficios y objetivos. La actividad "La ruleta del saber" permite explorar de forma lúdica los conocimientos previos y motivar la participación, generando sentido y conexión con la propuesta.

En la sesión 2, se trabaja la atención bajo el modelo de Sohlberg y Mateer, abordando el arousal y la atención focalizada y sostenida. Estas formas de atención son fundamentales para el funcionamiento diario de los cuidadores, quienes enfrentan múltiples demandas ambientales que requieren enfoque continuo. La actividad "Siente las texturas" utiliza estímulos sensoriales variados (texturas, música, distractores visuales y sonoros) para entrenar la concentración, la activación fisiológica y la capacidad de mantener la atención frente a distractores.

La sesión 3 continúa el entrenamiento atencional, esta vez centrado en la atención alternante y dividida, también desde el modelo de Sohlberg y Mateer. Estas habilidades permiten cambiar el foco entre tareas y atender a múltiples estímulos, algo crucial en la rutina del cuidador. La actividad "Al ritmo de la partitura" integra sonidos alternantes y preguntas relacionadas con los instrumentos, promoviendo la flexibilidad atencional.

La sesión 4 introduce el componente metacognitivo de la atención. Basada en Flavell (1979), se plantea la metacognición como la capacidad de conocer y regular nuestros propios procesos atencionales. A través de la actividad “Encuentra al impostor”, se promueve el análisis de fragmentos musicales para identificar patrones anómalos, entrenando no solo la atención, sino también la reflexión sobre el tipo de función ejecutiva.

La sesión 5 se enfoca en la inhibición perceptual, entendida como la capacidad para filtrar estímulos irrelevantes del entorno, regulando así el impacto del estrés y mejorando el enfoque en tareas relevantes (Aydumne & Introzzi, 2018). La actividad “Mi filtro musical” expone a los participantes a pistas con diversos estímulos y les reta a concentrarse solo en sonidos naturales, desarrollando estrategias de autocontrol perceptivo.

La sesión 6 complementa la anterior al entrenar la inhibición conductual y cognitiva. Esto permite manejar impulsos, detener respuestas automáticas y elegir conductas más adaptativas. Las actividades “Stop del pensamiento” y “Parada rítmica” combinan la autorregulación cognitiva (detener pensamientos intrusivos) con el control motor (interrumpir movimientos según estímulos sonoros).

En la sesión 7, se aborda la memoria de trabajo desde la teoría de Baddeley y Hitch (1974), así como desde el modelo de autocontrol y estrategias metacognitivas. Esta función permite retener y manipular información temporalmente, esencial para organizar rutinas de cuidado. La actividad “Escucho y recuerdo” combina estímulos visuales y auditivos, promoviendo el uso de estrategias para fortalecer la memoria operativa.

La sesión 8 trabaja la planificación y organización, funciones esenciales para estructurar tareas, anticiparse a eventos y priorizar. Basado en la teoría de sistemas de control ejecutivo, se reconocen dominios como la flexibilidad, la atención y el establecimiento de

metas. Con “Armando y creando”, se desarrollan estrategias de planificación a través de una secuencia musical y la construcción de un planeador diario centrado en el autocuidado.

La sesión 9 se dedica a la toma de decisiones, una función compleja que integra cognición, emociones y valoración de consecuencias, según el modelo de Bechara, Tranel y Damasio (2000). La actividad “Camino musical” sitúa a los participantes en escenarios donde deben elegir el instrumento adecuado a una consigna, promoviendo el análisis de alternativas, consecuencias y toma de decisiones informada.

A partir de la sesión 10, se abordan las funciones ejecutivas cálidas, esenciales en contextos emocionales y relacionales. Esta sesión trabaja el control emocional a partir de la Teoría del Marcador Somático de Damasio (1994), que plantea que las decisiones están influidas por respuestas fisiológicas y afectivas. La actividad “Al ritmo de mi emoción” promueve la identificación emocional a través de distintos canales sensoriales y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento.

La sesión 11 trata sobre la gratificación diferida y el autocontrol. Según Baumeister y Heatherton (1996), esta capacidad permite posponer recompensas inmediatas por beneficios futuros, lo cual es esencial en la labor del cuidador. Se apoya también en los estudios de Mischel (1972). Con la actividad “Paciencia en acción”, que integra elementos como frutas y estímulos musicales, se entrena la habilidad para tomar decisiones conscientes frente a recompensas a corto o largo plazo.

En la sesión 12, se fortalece la empatía, entendida desde la Teoría de la Mente (ToM) como la capacidad de comprender los estados mentales propios y ajenos, facilitando relaciones más saludables y asertivas. Las actividades “Mírame como te miro” y “Piensa lo que pienso” trabajan la lectura del lenguaje no verbal y la toma de perspectiva, promoviendo una comunicación empática.

La sesión 13 se dedica al autocuidado, abordado desde el concepto de la OMS como la capacidad individual y colectiva para mantener la salud. Aunque no es una función ejecutiva, se vincula estrechamente con el bienestar del cuidador. A través de la actividad “Siendo también mi prioridad”, se desmitifican creencias sobre el autocuidado y se reflexiona sobre las dimensiones del ser, proponiendo acciones concretas que promuevan el bienestar integral.

Finalmente, la sesión 14 cierra el programa con una evaluación reflexiva del proceso. Se realiza una línea de tiempo que permite a los participantes observar su evolución personal y cognitiva, reconociendo sus logros y aprendizajes. Esta sesión busca fortalecer el sentido de autoeficacia y resiliencia, elementos clave para sostener el bienestar más allá del programa.

Para la validación

El proceso de validación del programa se llevó a cabo en dos fases principales: validación de contenido y validación de usabilidad. Para la validación de contenido, se seleccionó y se invitó a jueces expertos bajo criterios previamente establecidos, incluyendo a dos neuropsicólogos, dos musicoterapeutas y dos psicólogas de la salud. En cuanto a la validación de usabilidad, se convocó a tres neuropsicólogos y dos psicólogos clínicos y de la salud. Una vez se aceptó la participación por parte de los jueces, se les envió el consentimiento informado junto con los documentos del programa, los materiales de las sesiones y una matriz de calificación que incluyó los criterios e instrucciones para su valoración. Para la validez de contenido se evaluaron los aspectos de claridad, suficiencia, coherencia y relevancia, mientras que en la validez de usabilidad se consideraron dimensiones como claridad, pertinencia clínica, factibilidad de aplicación, adecuación temporal, impacto terapéutico esperado, atractivo o motivación esperada, integración de la música y adaptabilidad del programa. Se estableció un plazo de aproximadamente un mes para que los jueces emitan sus valoraciones. Una vez se recibieron, se procedió al análisis

cuantitativo y cualitativo de los resultados, y se realizaron los ajustes pertinentes en la estructura y contenido del programa con base en las observaciones emitidas, garantizando así su calidad, pertinencia y aplicabilidad.

Tabla 1

Categorías de calificación e indicadores de la validación de contenido

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
CLARIDAD La sesión se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio. 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	1 La sesión no es clara. 2 La sesión requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. 3 Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos de la sesión. 4 La sesión es clara, tiene semántica y sintaxis adecuada
COHERENCIA La sesión tiene relación lógica con el módulo y objetivo del mismo.	1. No cumple con el criterio. 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	1 La sesión no tiene relación lógica con el módulo. 2 La sesión tiene una relación tangencial con el módulo. 3 La sesión tiene una relación moderada con el módulo. 4 La sesión se encuentra totalmente relacionado con el módulo.
RELEVANCIA La sesión es esencial o importante, es decir, debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio. 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	1 La sesión puede ser eliminada sin que se vea afectado el objetivo del módulo. 2 La sesión tiene alguna relevancia, pero otro tema puede estar incluyéndolo. 3 La sesión es relativamente importante. 4 La sesión es muy relevante y debe ser incluido.
SUFICIENCIA La sesión aporta para lograr el objetivo del módulo.	1. No cumple con el criterio. 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	1 La sesión no aporta lo suficiente para lograr el objetivo del módulo. 2 La sesión cumple algún aspecto del objetivo, pero no corresponde con el módulo total. 3 Se deben incrementar algunos temas de la sesión para poder cumplir con el objetivo completamente. 4 La sesión es suficiente.

Tabla 2

Criterios e indicadores de la validación de usabilidad

criterio	Definición conceptual	Definición operacional (Escala Likert 1–4)
Claridad	Grado en que las instrucciones y materiales del programa son comprensibles, accesibles y bien estructurados para los terapeutas/talleristas	Nivel de acuerdo con la claridad del contenido e instrucciones: 1 = Nada claro 2 = Poco claro 3 = Claro 4 = Muy claro
Pertinencia clínica	Grado en que los contenidos del programa responden de forma efectiva y específica a las necesidades reales del cuidador informal con diagnóstico o en riesgo de presentar Síndrome de Cuidador Quemado (SCQ).	Valoración sobre la adecuación clínica del contenido 1 = Nada pertinente 2 = Poco pertinente 3 = Pertinente 4 = Muy Pertinente
Factibilidad de aplicación	Facilidad con la que puede aplicarse el programa en entornos clínicos reales, considerando tiempo, recursos humanos y materiales disponibles.	Evaluación sobre la viabilidad práctica de aplicación del programa 1 = Nada viable 2 = Poco viable 3 = Viable 4 = Muy viable
Adecuación temporal	Grado en que la duración de las sesiones del programa es razonable y ajustada al contexto clínico y al usuario final.	Opinión sobre si la duración de cada módulo es adecuada 1 = Nada adecuada 2 = Poco adecuada 3 = Adecuada 4 = Muy adecuada
Impacto terapéutico esperado	Potencial del programa para generar beneficios psicológicos, neuropsicológicos y emocionales observables en los cuidadores.	Percepción subjetiva del impacto clínico potencial del programa: 1 = No genera impacto clínico 2 = Genera poco impacto clínico 3 = Presenta impacto clínico 4 = Genera gran impacto clínico
Atractivo o motivación esperada	Nivel en que el diseño del programa, su dinámica y materiales motivan al cuidador y favorecen su permanencia en la intervención.	Evaluación sobre la capacidad del programa para generar interés y motivación 1 = Nada atractivo 2 = Poco atractivo 3 = Atractivo 4 = Muy atractivo
Integración de la música	Coherencia con la que el componente musical se integra como herramienta terapéutica, reforzando objetivos psicológicos y neuropsicológicos.	Grado en que el uso de la música se percibe como terapéutico y coherente 1 = Nada integrada y coherente 2 = Poco integrada y coherente 3 = Integrada y coherente 4 = Muy integrada y coherente
Adaptabilidad del programa	Flexibilidad del programa para ser ajustado a distintos tipos de cuidadores según edad, nivel educativo, entorno y grado de afectación.	Grado de flexibilidad percibida para adaptar el programa a distintos cuidadores 1 = Nada flexible ni adaptable 2 = Poco flexible y adaptable 3 = Flexible y adaptable 4 = Muy flexible y adaptable

Procedimiento

Fase 1: Diseño del programa

Se realizó una revisión del programa “Cuidándome por los que cuido” (Díaz, García & Wilches, 2020) y, posteriormente, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el Síndrome de Burnout, Síndrome del Cuidador Quemado, sus criterios de evaluación, intervenciones psicoterapéuticas, intervenciones mediante la musicoterapia, validez de contenido y el modelo de Funciones Ejecutivas Frías y Cálidas de Zelazo y Müller (2002), para proceder a la modificación de las sesiones con sus respectivas actividades, apoyadas en

música. Se realizó una matriz lógica de la estructura del programa con el fin de tener sustento y organización para el desarrollo de este. (Anexo 06)

El programa consta de 14 sesiones de 45 minutos, estructuradas en cuatro momentos: (1) introducción explicativa, (2) Entrenamiento de la función ejecutiva, (3) Finalización del encuentro y (4) transferencia al contexto ecológico. La mayoría de las actividades utilizan la música como herramienta de apoyo.

- Sesión 1: Introducción al programa y al concepto del Síndrome del Cuidador Quemado.
- Sesiones 2-8: Entrenamiento en funciones ejecutivas frías (memoria de trabajo, atención, planificación).
- Sesiones 9-12: Desarrollo de funciones ejecutivas cálidas (regulación emocional, toma de decisiones, control de impulsos).
- Sesión 13: Estrategias de autocuidado para los cuidadores.
- Sesión 14: Cierre.

Fase 2: Validación por jueces.

Una vez finalizado el diseño del programa, se procedió al reclutamiento y selección de la muestra, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión de los jueces (grado de estudio, experiencia laboral e investigativa). Posteriormente se realizó el envío de la documentación necesaria para la evaluación junto con la matriz de validación. Esta realizada por un grupo interdisciplinario de jueces expertos, quienes evaluaron tanto la validez de contenido como la validez de usabilidad del programa. Participaron 11 jueces en total: seis en la validación de contenido (neuropsicólogos, psicólogos de la salud y musicoterapeutas) y cinco en la validación de usabilidad (con experiencia en diseño y aplicación de programas de intervención). Los jueces de contenido valoraron cada una de las actividades a través de un

instrumento basado en los criterios de claridad, coherencia, relevancia, suficiencia, utilizando una escala de cuatro niveles. Aunque inicialmente se contó con más confirmaciones, algunos jueces no completaron su participación, lo que redujo la muestra esperada. No obstante, se logró reunir una cantidad de datos suficiente para realizar el análisis. Esta fase permitió identificar fortalezas del programa y aspectos susceptibles de mejora, los cuales fueron modificados o ajustados conforme a las sugerencias y resultados obtenidos.

Fase 3: Recolección y análisis de los datos.

En esta fase se organizaron y analizaron las evaluaciones realizadas por los jueces expertos. Para la validez de contenido, se aplicó el Índice de Validez de Contenido (CVR) propuesto por Lawshe (1975), con el ajuste metodológico planteado por Tristán-López (2008), apropiado para muestras pequeñas. Como propone el modelo, se estableció un punto de corte mínimo de 0.5823 para aceptar un ítem. En consenso entre los investigadores y el asesor del proyecto, se planteó que aquellas puntuaciones que obtuvieron valores intermedios (entre 0.5823 y 0.79) fueron aceptadas con modificaciones, mientras que las actividades con CVR superiores a 0.80 fueron aceptadas sin necesidad de ajustes; esto con el fin de proporcionar una mayor especificidad a los ajustes que sugirieran los jueces expertos. Se identificaron patrones de mejora específicos en cuanto a la formulación del lenguaje, la pertinencia de los objetivos y la aplicabilidad práctica de las actividades. Este análisis cuantitativo permitió depurar y fortalecer el programa final, asegurando que las actividades propuestas respondan adecuadamente a los objetivos teóricos y clínicos del programa “Al Ritmo del Autocuidado”.

Consideraciones éticas

La presente tesis de grado está adscrita al proyecto "046-25 UNV - Efecto de un programa de rehabilitación neuropsicológica en funciones ejecutivas con apoyo de la

música, en una muestra de pacientes con daño cerebral adquirido", la cual esta aprobado por el Comité de Ética en Investigación de Unisanitas (Anexo I).

Se consideró la Ley 1090 de 2006, que regula el ejercicio de la psicología en Colombia, enfocándose en los artículos pertinentes. En el artículo 3 (título III), se aborda el ejercicio del psicólogo en actividades relacionadas con la enseñanza, aplicación e implementación del conocimiento psicológico. Asimismo, los artículos 10 y 11 (título V) destacan los derechos, deberes y obligaciones de los psicólogos Congreso de Colombia (2006).

El título VII, Código Deontológico y Bioético, establece normas para la conducta profesional en psicología. En este marco, se tuvieron en cuenta los artículos 13 y 25 (capítulo I), que fundamentan la práctica en los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía, además de la importancia del consentimiento informado previo a cualquier intervención. El artículo 36 (capítulo III) resalta los deberes éticos del psicólogo en los enfoques que aplica con las personas bajo su atención (Manual Deontológico y Bioético del psicólogo, 2019).

Por otra parte, los artículos 45, 47 y 48 (capítulo VI) regulan el manejo adecuado de los materiales psicotécnicos, incluyendo su evaluación, uso, alcance y limitaciones. Finalmente, los artículos 50, 51, 52, 55 y 56 (capítulo VII) se enfocan en las normativas para la participación de los psicólogos en investigaciones científicas, asegurando un ejercicio responsable y ético (Manual Deontológico y Bioético del psicólogo, 2019).

Se tomó en cuenta la Resolución 8430 de 1993, emitida por el Ministerio de Salud de Colombia, la cual establece normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, particularmente el artículo 11, ya que clasifica las investigaciones

según el nivel de riesgo que puedan implicar para los participantes (Ministerio de Salud de Colombia. 1993).

Por último, se garantizó el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, la cual regula la protección de datos personales en Colombia. Esta normativa establece los principios y procedimientos para asegurar el tratamiento adecuado, seguro y confidencial de la información suministrada por los participantes. En este caso, se respetó la privacidad de los jueces expertos involucrados, asegurando que sus datos personales y opiniones permanecieran protegidos, y que su participación se realizara bajo criterios de confidencialidad, consentimiento informado y uso exclusivo para fines académicos y científicos, conforme a lo establecido en dicha ley.

En este artículo se definen las categorías de investigación sin riesgo, investigación con riesgo mínimo e investigación con riesgo mayor que el mínimo, estableciendo lineamientos que deben seguirse en cada caso para garantizar la protección de los sujetos involucrados. Estos niveles de riesgo determinan las medidas éticas, los procedimientos y las autorizaciones requeridas para llevar a cabo dichas investigaciones. Estas categorías son:

- Investigación sin riesgo: Incluye estudios que se basan en la revisión de documentos, registros o bases de datos que no contienen información sensible ni identificable de las personas.
- Investigación con riesgo mínimo: Implica procedimientos comunes en la vida cotidiana, como encuestas, pruebas psicológicas o evaluaciones no invasivas. Aquí se protege especialmente la privacidad y el bienestar de los participantes.
- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Comprende estudios donde los procedimientos puedan implicar intervenciones físicas, emocionales o psicológicas que puedan representar riesgos significativos, exigiendo una evaluación rigurosa por

parte de comités de ética en investigación y el consentimiento informado explícito de los participantes.

Para nuestra investigación aplica el riesgo mínimo, al ser una evaluación de un programa, respetando bienestar y privacidad de jueces y participantes.

Fue necesario además la elaboración del consentimiento informado para garantizar que las personas que participan como jueces comprendan claramente el objetivo, las condiciones y los alcances de su rol en el proceso. Este documento asegura el cumplimiento de los principios éticos fundamentales, como la autonomía, la transparencia y el respeto por los derechos de los participantes.

Resultados

Para la validación del programa participaron un total de once (11) jueces, de los cuales seis (6) evaluaron la validez de contenido y cinco (5), la validez de usabilidad.

La validación de contenido de un instrumento puede llevarse a cabo mediante el método propuesto por Lawshe (1975), conocido como el índice de validez de contenido (CRV). Este procedimiento consiste en solicitar a un grupo de expertos que evalúe cada ítem del instrumento en función de su esencialidad para medir el constructo en cuestión. Los resultados permiten determinar estadísticamente qué ítems deben conservarse, modificarse o eliminarse. Posteriormente, Tristán-López (2008) propuso un ajuste a la fórmula original de Lawshe, especialmente útil para muestras pequeñas de jueces, siendo válido a partir de 3 jueces en adelante, permitiendo obtener resultados confiables incluso cuando el número de jueces es reducido, lo cual es frecuente en investigaciones aplicadas o trabajos académicos, proporcionando una tabla de valores críticos más precisa para interpretar el IVC en esos casos. Este ajuste facilita una toma de decisiones más robusta y confiable en investigaciones educativas y sociales.

Para el análisis de datos se utilizó el índice de validez de contenido de Lawshe ajustado, según la propuesta de Tristán y López (2008), estableciendo como criterio de aceptabilidad un CVR igual o mayor a 0.5823. La interpretación se realizó diferenciando entre los criterios de coherencia, relevancia, claridad y suficiencia. Las actividades con puntuaciones inferiores a 0.5823 en coherencia o relevancia fueron eliminadas, mientras que aquellas con puntajes bajos en claridad o suficiencia fueron ajustadas o modificadas. Además, y como se mencionó anteriormente, en consenso entre los investigadores y el asesor del proyecto se estableció que las puntuaciones entre 0.5823 y 0.79 en cualquier criterio indican aceptación con necesidad de modificación, y las puntuaciones iguales o superiores a 0.80 se consideran aceptables sin necesidad de cambios. Esta clasificación permitió tomar decisiones fundamentadas sobre la pertinencia y calidad de las actividades evaluadas.

Tabla 3

*CVR*Producto de la validación de contenido por jueces*

Actividad	Momento	Claridad	Suficiencia	Coherencia	Relevancia
		CVR*	CVR*	CVR*	CVR*
La ruleta del saber.	1	0,8	1,0	0,8	1,0

	2	0,8	1,0	1,0	1,0
	3	1,0	0,8	1,0	1,0
	4	0,8	0,7	0,7	0,8
<hr/>					
Siente las texturas.	1				
(Entrenamiento		1,0	1,0	0,8	0,8
atención Arousal,	2	0,7	0,8	0,8	0,8
focalizada y	3	0,8	0,8	0,8	0,8
sostenida).	4	0,8	0,7	0,8	0,8
<hr/>					
Al ritmo de la	1				
partitura. (Atención		1,0	1,0	0,8	0,8
alternante y	2	0,8	0,8	0,8	0,7
Dividida)	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	0,7	0,8	0,8	0,7
<hr/>					
	1				
Encuentra al		1,0	1,0	1,0	1,0
impostor.	2	0,8	0,8	0,8	0,7
	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	0,8	0,8	0,8	0,7
<hr/>					
Mi filtro musical	1				
(Inhibición		0,8	0,8	0,8	0,8
Perceptual)	2	0,8	0,8	0,8	0,8
	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	0,8	0,8	0,8	0,8

Actividad 1 - Stop de pensamiento (Inhibición Cognitiva)	1	1,0	1,0	1,0	1,0
	2	1,0	1,0	1,0	1,0
	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	1,0	1,0	1,0	0,8
<hr/>					
Actividad 2 - Parada Rítmica (Inhibición Conductual)	1	0,8	0,8	0,8	0,8
	2	1,0	1,0	1,0	1,0
	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	1,0	1,0	1,0	0,8
<hr/>					
Escucho y recuerdo	1	0,8	0,8	1,0	1,0
	2	0,8	1,0	1,0	0,8
	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	1,0	1,0	1,0	0,8
<hr/>					
Armando y creando.	1	1,0	1,0	1,0	1,0
	2	0,8	0,8	0,8	0,7
	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	0,8	0,8	0,8	0,7
<hr/>					
Camino Musical.	1	0,8	0,8	1,0	1,0
	2	1,0	1,0	0,8	0,7

	3	0,8	0,8	0,8	1,0
	4	0,8	0,8	0,8	0,7
<hr/>					
Al ritmo de mi emoción.	1	1,0	1,0	1,0	1,0
	2	1,0	1,0	1,0	0,8
	3	1,0	0,8	1,0	0,8
	4	1,0	0,8	1,0	0,8
<hr/>					
Paciencia en acción	1	0,8	0,8	1,0	1,0
	2	0,8	0,8	0,8	0,7
	3	1,0	1,0	0,8	0,8
	4	1,0	1,0	1,0	1,0
<hr/>					
Actividad 1 - Mírame como te miro (empatía emocional).	1	1,0	1,0	1,0	1,0
	2	0,8	0,8	0,8	0,7
	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	0,8	0,8	0,8	0,8
<hr/>					
Actividad 2 - Piensa lo que pienso.	1	1,0	1,0	1,0	1,0
	2	1,0	1,0	1,0	0,8
	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	0,8	0,8	0,8	0,7

Siendo también mi prioridad.	1	1,0	1,0	1,0	0,8
	2	1,0	1,0	1,0	0,8
	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	1,0	1,0	1,0	0,8
Dar cierre al programa “Al ritmo del autocuidado” a los participantes.	1	1,0	1,0	1,0	0,8
	2	0,8	0,8	0,8	0,7
	3	1,0	1,0	1,0	0,8
	4	1,0	1,0	1,0	0,8

En la tabla 3 se muestran los resultados cuantitativos de la validación de contenido una vez analizadas todas las puntuaciones por sesión y momentos, mostrando el CVR* el cual nos permitió concluir por cada uno la aceptación, ajuste o eliminación de estos.

En la dimensión de claridad, que evalúa si la sesión y los momentos se comprenden fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas, se tienen en cuenta 4 indicadores siendo estos, 1. La sesión no es clara, 2. La sesión requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas, 3. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos de la sesión y 4. La sesión es clara, tiene semántica y sintaxis adecuada. Se obtuvo 37 momentos con un CVR* de 1.0 correspondiente al 57,81% lo que indica que se aceptan sin modificaciones. 25 momentos con un CVR* de 0.8 correspondiente al 39,6% de los momentos que se aceptan sin modificaciones en claridad, y 2 momentos con un CVR* de 0,7 correspondiente al 3,13% de los momentos que indican aceptación con modificaciones en la dimensión en mención. De forma general se evidencia que las sesiones

1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12,13 y 14 tienen niveles altos en claridad, en cambio las sesiones 2 y 3 deberán ser ajustadas en este criterio.

En la dimensión de suficiencia, que evalúa si la sesión aporta para lograr el objetivo de la sesión, se tienen en cuenta cuatro indicadores: 1. La sesión no aporta lo suficiente para lograr el objetivo del módulo, 2. La sesión cumple algún aspecto del objetivo, pero no corresponde con el módulo total, 3. Se deben incrementar algunos temas para poder cumplir completamente el objetivo, 4. La sesión es suficiente. Se obtuvo un total de 37 momentos que se calificaron los momentos de las actividades con un CVR* de 1,0, correspondiente al 57,81 %, lo que indica aceptación total de suficiencia. Además, 25 momentos se calificaron con un CVR* de 0,8, correspondiente al 39,06 %, señalando que la sesión cumple parcialmente y requiere ajustes mínimos para alcanzar completamente el objetivo del módulo. Finalmente, a 2 momentos se le otorgaron un CVR* de 0,7, correspondiente al 3,13 %, evidenciando que en su percepción se deben modificar algunos temas para lograr la suficiencia esperada. A nivel general, se observa que las sesiones 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 presentan altos niveles de suficiencia, por su parte, las sesiones 1 y 2 deberán ser modificadas en ese criterio.

En cuanto a la dimensión de coherencia, que evalúa si la sesión y momentos tienen relación lógica con el objetivo de este y sobre todo con el soporte teórico propuesto, se presentan 4 criterios de calificación que corresponden a 1. La sesión no tiene relación lógica con el objetivo, 2. La sesión tiene una relación tangencial con el objetivo, 3. La sesión tiene una relación moderada con el objetivo, 4. La sesión se encuentra totalmente relacionado con el objetivo. Se alcanzó 38 momentos con un CVR* de 1.0 evidenciando el 59,38% de los momentos que se aceptan en su totalidad. 25 momentos con un CVR* de 0.8 evidenciando el 39,06% de los momentos que se aceptan sin modificación. Finalmente, un momento con un CVR* de 0.7 evidenciando el 1,56% de los momentos que requieren ajustes en el criterio de coherencia. De forma general en la dimensión abordada, las sesiones de la 2 a la 14 son coherentes con el objetivo general, específicos, de cada sesión y entre ellos, y solo el

momento 4 de la sesión 1 deberá ser modificada para que cumpla el indicador esperado para coherencia.

La dimensión de relevancia evalúa si la sesión es esencial y/o importante para ser incluida dentro del programa; se tienen en cuenta cuatro criterios: 1. La sesión puede ser eliminada sin que se vea afectado el objetivo del módulo, 2. La sesión tiene alguna relevancia, pero otro tema puede estar incluyéndolo, 3. La sesión es relativamente importante, 4. La sesión es muy relevante y debe ser incluida. Un total de 26 momentos fueron calificados con un CVR* de 1,0, correspondiente al 40,63 %, indicando que la sesión es altamente relevante y debe ser incluida sin modificaciones. A otros 26 momentos otorgaron un CVR* de 0,8 (40,63 %), señalando una relevancia considerable, aunque con posibilidad de ajustes. Finalmente, 12 momentos se calificaron con un CVR* de 0,7 (18,75 %), lo que sugiere que para ellos la sesión es importante, pero tendría que ser modificada. En términos generales, se evidencia que las sesiones 1, 2, 5, 6, 7, 10 y 13 presentan niveles altos en relevancia, mientras que las sesiones 3, 4, 8, 9, 11, 12 y 14 deberán modificarse.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se tuvieron en cuenta estos cuatro criterios para la validez de contenido (claridad, suficiencia, coherencia y relevancia), en especial los criterios de coherencia y relevancia, para cada uno de los 4 momentos de las 16 actividades que conforman las 14 sesiones del programa “Al ritmo del autocuidado”.

Según los resultados, la mayoría de los momentos de las actividades se aceptan sin modificaciones, por su parte, los que sugirió modificaciones son:

Sesión 1, momento 4: se acepta con modificaciones en suficiencia y coherencia.

Sesión 2, momento 2: se acepta con modificaciones en claridad

Sesión 2, momento 4: se acepta con modificaciones en suficiencia.

Sesión 3, momento 2: se acepta con modificaciones en relevancia.

Sesión 3, momento 4: se acepta con modificaciones en claridad y relevancia.

Sesión 4, momento 2: se acepta con modificaciones en relevancia.

Sesión 4, momento 4: se acepta con modificaciones en relevancia.

Sesión 8, momento 2: se acepta con modificaciones en relevancia.

Sesión 8, momento 4: se acepta con modificaciones en relevancia.

Sesión 9, momento 2: se acepta con modificaciones en relevancia.

Sesión 9, momento 4: se acepta con modificaciones en relevancia.

Sesión 11, momento 2: se acepta con modificaciones en relevancia.

Sesión 12, actividad 1, momento 2: se acepta con modificaciones en relevancia.

Sesión 13, actividad 2, momento 4: se acepta con modificaciones en relevancia.

Sesión 14, momento 2: se acepta con modificaciones en relevancia.

Tabla 4

Observaciones y comentarios realizados por los jueces en la validación de contenido

Sesión	Momento	Observación
1	1	Intención valiosa de intervención. Requiere mayor coherencia en el rol específico de la música en el proceso terapéutico
	2	Actividad completa. Se requiere incluir mitos
	3	Relación directa con el objetivo de sensibilización
	4	Requiere un lenguaje más claro para la población y descripción

1	Material adecuado. Se requiere contextualizar en el tipo de
2	afectación cognitiva de los cuidadores
2	Es necesario clarificar la estructura de las actividades y la relación entre estímulos y tipos de atención
3	Alineada con la teoría. Requiere mayor precisión en la relación entre experiencias y tipos de atención
4	Requiere mayor claridad entre los momentos 3 y 4
1	Revisar si el objetivo es uno o el otro: entrenamiento cognitivo o
3	manejo sintomático, ya que no se aborda el segundo.
2	Se sugiere articular mejor la utilidad de estas funciones en la prevención del síndrome del cuidador quemado
3	Se requiere mayor coherencia entre el objetivo general y las actividades
4	Es necesario ajustar las tareas a contextos ecológicos seguros
1	Los ejercicios están bien estructurados y la actividad es clara
4	2 Usar fragmentos más reconocibles y géneros musicales más diferenciados para evitar confusión
3	Incluir la opinión y retroalimentación de los cuidadores
4	Requiere una mejor adaptación al contexto emocional y cotidiano de los participantes
1	Se recomienda simplificar el lenguaje y el material para facilitar
5	la comprensión
2	Es conveniente ajustar la selección musical hacia opciones más asociadas con la relajación
3	Requiere mayor claridad en la aplicación previa de los estímulos

	4	Es valioso incluir la atención interna fortaleciendo así el control de distractores
6.1	1	Se podría complementar con ejemplos prácticos para facilitar su aplicación cotidiana
	2	La consigna inicial debe ser más clara y orientada para activar pensamientos automáticos
	3	La retroalimentación es fundamental para evaluar la ejecución y dificultades de los participantes
	4	Sería útil incluir ensayos cognitivos y conductuales previos para facilitar esta transferencia
6.2	1	Instrucciones claras
	2	Se podría reforzar con ejemplos prácticos para mejorar la comprensión
	3	Se recomienda incluir más apoyo didáctico para reforzar el aprendizaje
	4	Sería útil facilitar ejemplos cotidianos para que los participantes puedan relacionar mejor el contenido.
7	1	La información puede ser simplificada y con lenguaje más digerible para los participantes
	2	Considerar adaptaciones según la carga cognitiva y edad de los cuidadores
	3	Se sugiere reforzar las indicaciones
	4	Se recomienda entregar imágenes personalizadas y explorar previamente qué desean recordar
	1	Buena definición de la actividad

8	2	Se recomienda simplificar la explicación y adaptar las canciones para facilitar su comprensión
	3	La retroalimentación es clave para la ejecución efectiva de la actividad
	4	La actividad “Uniendo la canción” carece de transferencia práctica al contexto cotidiano de los cuidadores
9	1	El material debe simplificarse para evitar lenguaje técnico y exceso de texto
	2	La actividad no se vincula claramente con la toma de decisiones en el contexto ecológico
	3	Se sugiere fortalecer la relación con el proceso decisorio
	4	La actividad carece de conexión con la toma de decisiones prácticas en el contexto ecológico
10	1	Se sugiere variar la estrategia alejándose del uso exclusivo de diapositivas para mantener el interés y dinamismo
	2	Se sugiere incluir recursos musicales que contrarresten emociones negativas y profundizar en el proceso emocional
	3	Complementar el abordaje fisiológico con componentes perceptuales, cognitivos y conductuales para un manejo emocional más completo e integrar el estímulo musical prometido
	4	La actividad es útil
11	1	Se recomienda simplificar el lenguaje y ajustar los ejemplos a un público adulto
	2	Se recomienda clarificar la instrucción y adaptar el estímulo musical según las preferencias de los participantes

	3	Se recomienda enseñar explícitamente la técnica para asegurar su aplicación efectiva
	4	La transferencia al contexto ecológico es clara y relevante tras socializar las estrategias
	1	Adecuado
12.1	2	Se sugiere incluir situaciones empáticas y no empáticas para facilitar el reconocimiento emocional
	3	La reflexión después de socializar las narrativas es valiosa
	4	
12.2	1	El material es relevante y bien adaptado a la población
	2	Se sugiere vincular mejor el punto 1 con los puntos 4 y siguientes para mayor coherencia.
	3	La retroalimentación es clave para cerrar la actividad
	4	Se recomienda ofrecer guía clara para la práctica de la técnica Sándwich
13	1	Se sugiere ajustar el tiempo para evitar prisas
	2	Se recomienda mostrar la relación entre las “Rueda dimensiones del ser” para mayor comprensión
	3	Sería valioso incluir actividades prácticas que faciliten su aplicación en casa
	4	Sería útil guiar a los participantes a crear una play-list e incluir autocuidado en su planeador diario
14	1	Se recomienda conectar esta actividad con la sesión de regulación emocional para un cierre estructurado

- | | |
|---|--|
| 2 | Se recomienda ajustar la duración del programa y enfocarse en evaluar progresos prácticos en funciones ejecutivas y autocuidado, no solo el conocimiento |
| 3 | Se recomienda incluir un cierre que fomente redes de apoyo entre participantes |
| 4 | Se recomienda evitar el término musicoterapia porque no cumple con los criterios profesionales y teóricos establecidos |

La usabilidad, como se describe en la ISO 9241-11 por la International Organization for Standardization en 1998, es una característica fundamental de calidad que se refiere a qué tan fácil, eficiente y satisfactoria resulta la utilización de un producto, sistema o programa por parte de sus usuarios. En el presente proyecto, la usabilidad permite evaluar si el programa de intervención es comprensible, accesible y funcional para los posibles usuarios que lo vayan a implementar o aplicar. Un programa con buena usabilidad facilita el logro de los objetivos propuestos, reduce errores, mejora la experiencia del usuario y aumenta la adherencia al proceso de intervención por parte de la población a abordar. En referente a las características del programa, los ítems establecidos fueron: Claridad: se refiere a qué tan comprensibles y explícitos son los contenidos, instrucciones y objetivos del programa. Un componente claro debe evitar ambigüedades y permitir que cualquier usuario entienda fácilmente qué se debe hacer y para qué sirve cada parte del programa. Pertinencia clínica: Hace referencia al grado en que los contenidos y actividades del programa responden a necesidades reales y significativas de la población objetivo, desde una perspectiva clínica. Evalúa si los componentes tienen valor terapéutico o psicosocial y están alineados con objetivos de intervención relevantes. Factibilidad de ampliación: Este constructo analiza si el programa puede escalarse o adaptarse fácilmente a otros contextos, poblaciones o escenarios sin perder su funcionalidad o efectividad. Es clave en programas con potencial de réplica o implementación en distintos territorios. Adecuación temporal: valora si la duración de las

sesiones, el número total de encuentros y el ritmo de las actividades son adecuados para los participantes, evitando tanto la sobrecarga como la insuficiencia de tiempo para lograr los objetivos.

Impacto terapéutico esperado: se refiere a la posibilidad de generar cambios positivos a nivel emocional, cognitivo o conductual a través del programa, evaluando si los contenidos están diseñados para favorecer la salud mental y el bienestar. El atractivo o motivación esperada analiza qué tan estimulantes y motivadores resultan los elementos del programa (contenido, dinámicas, diseño) para fomentar el interés, la participación y la continuidad del usuario. La integración de la música examina si su uso es intencionado, coherente y funcional, y si contribuye emocional, cognitiva o motivacionalmente a los objetivos terapéuticos. Por último, la adaptabilidad del programa valora su capacidad de ajustarse a las características individuales o grupales (edad, nivel educativo, estado emocional, cultura, etc.) sin comprometer su estructura ni metas principales.

Tabla 5

CVR, Validación de usabilidad por jueces

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CVR*
Claridad	1,0
Pertinencia Clínica	1,0
Factibilidad de aplicación	0,8
Adecuación temporal	0,8
Impacto terapéutico esperado	1,0
Atractivo o motivación esperada	1,0
Integración de la música	1,0

Adaptabilidad del programa | 0,8

Referente a la validación de contenido se estableció el CRV* original, es decir, si pasa el umbral de 0.5823 en cualquiera de los criterios, se acepta sin modificaciones. En este caso, todos pasaron el umbral, entonces, se aceptan los criterios sin modificaciones. Con base en las observaciones cualitativas se hicieron modificaciones a las sesiones, con el fin de darle mayor peso a la pertinencia del programa.

Tabla 6

Observaciones y respuesta de jueces en validación de usabilidad

Claridad	Reforzar fuentes teóricas, instrucciones más claras y uso de lenguaje
Pertinencia clínica	Establecer procesos de medición pre y post, y mejorar los criterios de inclusión y exclusión del programa.
Factibilidad de aplicación	Incorporar un módulo de capacitación para
Adecuación temporal	facilitadores en manejo emocional y dinámica de grupo
Impacto terapéutico esperado	Adecuado
Atractivo o motivación esperada	Alternativas musicales (pandereta, maracas, tambores) Mucho paso a la atención
Integración de la música	Actualizar la evidencia teórica y sugiere enfocar el programa por etapas de vida

Adaptabilidad del programa	Sugiere que sería útil incluir pautas explícitas para su ajuste a cuidadores de pacientes con perfiles neurodegenerativos, alternativas frente recursos
----------------------------	---

En síntesis, los resultados obtenidos a partir de la validación de contenido por jueces expertos evidencian una alta coherencia entre los objetivos del programa y las actividades propuestas, reflejada en los puntajes del Índice de Validez de Contenido (CVR), que en su mayoría superaron el umbral aceptable de 0.5823 según el modelo de Tristán-López (2008). De manera complementaria, las observaciones cualitativas permitieron identificar aspectos a fortalecer, como el ajuste del lenguaje, la contextualización cultural y la reorganización del orden de algunas sesiones. Esta combinación de análisis cuantitativo y cualitativo brindó una retroalimentación integral que respalda la pertinencia del programa, a la vez que orienta mejoras clave para su aplicación efectiva en contextos reales de intervención con cuidadores informales.

Discusión

Este trabajo tuvo como propósito evaluar la validez de contenido del programa “Al Ritmo del Autocuidado”, una propuesta integral e innovadora orientada a la prevención e intervención de la sintomatología del Síndrome del Cuidador Quemado (SCQ) en cuidadores informales, mediante el fortalecimiento de funciones ejecutivas con apoyo de la música. Este programa se enmarca teóricamente en el modelo de funciones ejecutivas frías y cálidas de Zelazo y Müller (2002), y en la evidencia científica que respalda la efectividad de la música como herramienta terapéutica para la regulación emocional y el alivio del estrés (Thaut et al., 2015; Pérez-Núñez et al., 2024).

Los resultados obtenidos en la validación de contenido mediante el índice de validez de contenido (CVR) de Lawshe, ajustado por Tristán-López (2008), muestran que la mayoría

de los momentos de las actividades propuestas alcanzaron puntuaciones superiores al umbral de 0.5823, lo que indica una alta aceptación por parte de los jueces expertos en cuanto a claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. Esto valida el diseño del programa desde una perspectiva metodológica y conceptual, reforzando su potencial y utilidad en contextos clínicos.

Cabe destacar que en los momentos de las actividades con CVR intermedio (entre 0.5823 y 0.79), se propusieron ajustes puntuales, los cuales fueron incorporados para optimizar la estructura del programa sin comprometer su esencia terapéutica. En aquellos momentos de las actividades que hubiesen puntuado bajo en coherencia o relevancia, se hubiese procedido a su eliminación o rediseño, pero este no fue el caso. Este proceso refuerza la rigurosidad de la evaluación y demuestra la solidez del procedimiento de validación adoptado.

En el marco teórico se argumenta la importancia de intervenir las funciones ejecutivas afectadas por el estrés crónico del cuidado prolongado, así como la relevancia de la música como medio para promover resiliencia, bienestar emocional y conexión social. Al integrar estos dos enfoques, el programa ofrece una intervención innovadora que trasciende los modelos tradicionales de apoyo al cuidador, incorporando tantas estrategias neuropsicológicas y psicoterapéuticas a partir de elementos creativos y experienciales.

Durante el proceso de validación de contenido del programa, se identificaron ajustes clave que permitieron mejorar su claridad, coherencia y aplicabilidad. Las observaciones de los jueces expertos, basadas en los criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia (Escobar & Cuervo, 2008), evidenciaron la necesidad de reforzar la relación entre los objetivos terapéuticos y las actividades, adaptar el lenguaje y los ejemplos al contexto de los cuidadores, y reorganizar el orden de las sesiones priorizando el abordaje emocional. Estas recomendaciones se alinean con lo expuesto en el Marco Teórico sobre validez de contenido,

y el proceso se desarrolló siguiendo el modelo de validación por expertos y el índice de Validez de Contenido (IVC) ajustado por Tristán-López (2008). En conjunto, estos aportes fortalecen la calidad técnica, la pertinencia clínica y la efectividad del programa.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran una clara coherencia con los modelos neuropsicológicos y psicológicos propuestos en el marco teórico lo que respalda la validez de contenido y pertinencia del programa desarrollado. En primer lugar, los resultados obtenidos por parte de los jueces expertos se alinean con la hipótesis de la reducción de sintomatología asociada al SCQ (como alteraciones en la atención, impulsividad, estrés emocional y dificultades en la toma de decisiones) que la teoría de los principios del modelo de funciones ejecutivas frías y cálidas propuesto por Zelazo y Müller (2002) plantean. Los resultados indican que el programa favorecería procesos de autorregulación emocional, planificación, inhibición de impulsos y flexibilidad cognitiva, funciones clave para el adecuado afrontamiento del rol de cuidado bajo condiciones de estrés crónico.

Asimismo, los jueces destacan las actividades propuestas con el modelo jerárquico de atención de Sohlberg y Mateer (1987), el cual fundamenta el entrenamiento específico en atención focalizada, sostenida, selectiva, alternante y dividida. Estas habilidades resultan fundamentales para mejorar la capacidad de los cuidadores de seleccionar y mantener estímulos relevantes del entorno, gestionar tareas múltiples y reducir la fatiga atencional. Tal como señala Maslach (1996), el fortalecimiento de estos niveles atencionales incide directamente en el desempeño funcional y emocional en contextos exigentes como el cuidado informal.

De manera complementaria, el diseño del programa incluye sesiones orientadas al fortalecimiento de la memoria de trabajo y la regulación cognitiva, basadas en el modelo de Baddeley y Hitch (1974, 2001). Los jueces concuerdan que esta fundamentación permitió estructurar ejercicios que mejoraran la manipulación activa de información, una capacidad

fuertemente afectada en personas bajo estrés prolongado como lo son los cuidadores. Al potenciar el Ejecutivo Central y los subsistemas de almacenamiento temporal (bucle fonológico y agenda visuoespacial), se facilita la retención y organización de información relevante para el autocuidado y la toma de decisiones.

La inclusión de componentes como la inhibición cognitiva, perceptual y conductual está directamente alineada con los aportes de Diamond (2013) y Nigg (2000), quienes subrayan que estos mecanismos son indispensables para filtrar distracciones, controlar impulsos y mantener el foco en metas de cuidado y autocuidado. Según los resultados cuantitativos las actividades como “Stop de pensamiento” o “Mi filtro musical” son suficientes y relevantes ya que concuerdan con la promoción de un mayor control interno, lo cual se muestra en reducción del desbordamiento emocional, como lo describe Maslach en las dimensiones fundamentales del Burnout (Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P., 1996).

En el plano emocional y social, se incorporaron elementos de la teoría de la mente y la empatía cognitiva y afectiva (Dvash & Shamay-Tsoory, 2014; Gonzales, 2015), esenciales para fortalecer la conexión interpersonal entre el cuidador y la persona cuidada. Esto no solo favorece la calidad del vínculo, sino que actúa como un factor protector ante la despersonalización y el distanciamiento emocional, síntomas comunes del SCQ, lo cual es relevante para los jueces; sin embargo, se responde a su recomendación en cuanto al abordaje inicial de las funciones ejecutivas emocionales, debido a que la población cuenta con una carga emocional natural por su rol, por lo cual es necesario fortalecer las estrategias de gestión emocional para lograr el desempeño esperado al entrenar funciones ejecutivas cognitivas y reducir sintomatología aversiva en la continuidad del programa.

Sobre el análisis y respuesta por parte de los jueces expertos en psicoterapia y neuropsicología se identifica un factor de coherencia entre los principios de rehabilitación y neurorrehabilitación (Wilson, 2019; OMS, 2020) en el proceso de restauración de funciones

ejecutivas superiores deterioradas por el estrés crónico, promoviendo la autonomía funcional del cuidador.

Cabe destacar que los hallazgos también reconocen el uso de la música como herramienta terapéutica, como lo proponen autores como Benenzon (2000) y Bruscia (1997), así como estudios más recientes de Witford et al. (2023), donde se evidencia que la música facilita la expresión emocional, mejora la conexión interpersonal y reduce significativamente los niveles de estrés en cuidadores informales.

A nivel normativo, el programa se desarrolló conforme a la Ley 1090 de 2006, que regula el ejercicio de la psicología en Colombia, garantizando la intervención ética y profesional del psicólogo en procesos de aplicación del conocimiento. Se respetaron los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y consentimiento informado, así como el uso adecuado de materiales psicotécnicos y la participación ética en investigaciones, según el Manual Deontológico y Bioético del Psicólogo (2019).

También se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993, que clasifica los niveles de riesgo en investigación en salud, asegurando que esta se enmarcara en una categoría de riesgo mínimo, con la elaboración del consentimiento informado. Además, el programa se alineó con la Ley 1413 de 2010, que valora el trabajo del cuidado no remunerado, y con los ODS 3 y 5, orientados a la promoción de la salud y la equidad de género, reconociendo el papel fundamental de los cuidadores, en su mayoría mujeres.

Finalmente, el aporte del presente trabajo a la ciencia y a la población en general es significativo, pues no solo evidencia la eficacia de una intervención basada en fundamentos neuropsicológicos y psicoterapéuticos, sino que también contribuye a la investigación en SCQ en contextos latinoamericanos e intervenciones apoyadas por la música en población de cuidadores informales. Este programa representa un avance tanto en el desarrollo de

estrategias preventivas y de intervención como en el fortalecimiento de recursos personales y comunitarios para una atención digna, sostenible y empática.

Alcances

Este trabajo constituye una valiosa contribución al campo de la psicología clínica, de la salud y de la neuropsicología, particularmente en el desarrollo de estrategias innovadoras para la prevención del Síndrome del Cuidador Quemado (SCQ) en cuidadores informales. Uno de sus principales alcances radica en la integración novedosa de dos enfoques terapéuticos con respaldo empírico: el entrenamiento en funciones ejecutivas frías y cálidas, acompañadas por la música, permiten intervenir en aspectos cognitivos y emocionales del cuidador, ofreciendo un abordaje completo y ajustado a las complejas demandas de su rol.

Otro alcance relevante es la aplicabilidad del programa “Al Ritmo del Autocuidado” en contextos clínicos, gracias a su diseño accesible, estructurado en 14 sesiones de 45 minutos cada una, y su enfoque centrado en habilidades prácticas. Esta estructura permite que el programa pueda ser implementado en centros de salud y organizaciones sociales.

Asimismo, el programa se sustenta en una sólida fundamentación teórica y metodológica. Basado en el modelo de funciones ejecutivas de Zelazo y Müller (2002) y en evidencia científica reciente sobre los beneficios de la música para la salud mental, el diseño del programa demuestra coherencia con las mejores prácticas en intervención psicológica. Además, la validación de contenido, realizada mediante el modelo de Lawshe ajustado por Tristán-López (2008), y la participación de un panel interdisciplinario de jueces, aporta rigurosidad al proceso de evaluación, asegurando que las actividades sean pertinentes, claras, coherentes y suficientes para la población objetivo.

Limitaciones

A pesar de sus fortalezas, este estudio presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta para su aplicación futura y para investigaciones posteriores. En primer lugar, el alcance del estudio se centró exclusivamente en la validación de contenido y la usabilidad del programa, por lo que aún no se ha establecido su efectividad en población de cuidadores informales. En este sentido, se recomienda realizar una prueba piloto con medición pre y post intervención, que permita evaluar su impacto y avanzar hacia la validación empírica, entendida como la demostración de su eficacia a partir de datos observables y medibles en contextos reales (Anastasi & Urbina, 1998).

Cabe resaltar que, si bien la propuesta presentada se enfoca en atender de manera directa el impacto emocional y cognitivo derivado del rol del cuidador informal, es importante reconocer que otras dimensiones fundamentales del bienestar del cuidador, como la conformación de redes de apoyo, la participación comunitaria y el acceso a recursos sociales, las cuales no fueron abordadas. Esta limitación revela la necesidad de futuras intervenciones que integren un enfoque comunitario y psicosocial, orientado a fortalecer el sentido de pertenencia, la cooperación entre cuidadores y el desarrollo de estrategias colectivas de afrontamiento, lo cual resulta esencial para una respuesta más integral y sostenible a las múltiples demandas que enfrenta esta población.

Otra limitación es la falta de una asesoría constante por parte de un musicoterapeuta. Aunque el programa no corresponde a una intervención de musicoterapia, el uso de la música como herramienta requiere de conocimientos técnicos específicos. Contar con este apoyo puede mejorar la calidad y pertinencia de las actividades musicales.

La población de jueces con la que se realizó la validación no fue lo suficientemente amplia para garantizar una gran diversidad de perspectivas. Algunos de los profesionales que

habían confirmado su participación no enviaron sus evaluaciones, lo que generó disminución en la muestra. En total participaron 11 expertos, 6 en el proceso de validez de contenido y 5 en el de validez de usabilidad, un tamaño de muestra que, aunque aceptable para un estudio inicial, podría limitar la representatividad de los juicios emitidos.

Proyección

Como proyección, se espera aplicación y medición pre y post del programa “Al ritmo del autocuidado”, evaluación cualitativa con usuarios potenciales del programa. Es relevante la recopilación de opiniones o percepciones de cuidadores informales sobre las actividades propuestas, lo cual aportaría una mirada más contextualizada y experiencial del diseño.

A futuro se espera que el programa sea transmitido a más usuarios por medio de la IA, como lo son aplicación de fácil acceso y monitoreo constante.

Asimismo, no se consideraron posibles barreras prácticas como la disponibilidad de recursos tecnológicos o musicales en algunos contextos rurales o de bajos recursos, lo cual podría afectar la implementación del programa en determinadas poblaciones.

Referencias

- American Psychological Association. (2017). *Código de ética para la práctica de la psicología*. APA.
- Arias, A. Garzón, G y Leyton, K. (2022). *Musicoterapia Funcional en Procesos Terapéuticos, en Pacientes Oncológicos (Niños y Adultos)*. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/1fc9b2d1-81b3-4c1f-81a3-ea8e0feebca4/content>
- Arango-Lasprilla, J. C., Plaza, S. L., Drew, A., Romero, A. M., Pizarro, J. A., Francis, K., & Perrin, P. B. (2018). *Caregiver mental health in Latin America and the Caribbean: A systematic review*. *NeuroRehabilitation*, 43(4), 419-432.
- Albarracín, A. Cerquera, A. Pabón, D (2016). *Escala de sobrecarga del cuidador zaritestructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga*. *Revista de Psicología: (Universidad de Antioquía)* (8)2. págs. 87-99 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6059407>
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Psychological Testing* (7th ed.). Prentice Hall.
- Barbara A. Wilson, J. W. (2019). *Rehabilitación neuropsicológica Manual internacional*. Ciudad de México, México: Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
- Barrett, L. F., & Satpute, A. B. (2013). *Large-scale brain networks in affective and social neuroscience: Towards an integrative functional architecture of the brain*. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(3), 361–372. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2012.12.012>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics (8th ed.)*. Oxford University Press.

- Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). *Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex*. *Cerebral Cortex*, 10(3), 295–307.
<https://doi.org/10.1093/cercor/10.3.295>
- Beck, C (2011). *Estrés traumático secundario en enfermeras: Una revisión sistemática*. *Archivos de Enfermería Psiquiátrica*. 25 (1): 1–10
- Bedoya Buritica, N., Buitrago, L. A., & Soto Chaquir, M. (2020). *Burnout en cuidadores formales e informales del adulto mayor: Revisión integrativa de la literatura*. *Cultura del Cuidado*, 17(1), 56–72. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultura.2020v17n1.7209>
- Belaúnde, A. J., & Fernández, M. M. (2023). *Nuevas tecnologías e inteligencia artificial en neurorrehabilitación*. Obtenido de New technologies and artificial intelligence in neurorehabilitation.
- Berrocal, F y Pacheco, A. (2005). *La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey*. Universidad de Málaga. Tomado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/274/27411927005.pdf>
- Britez, E, Núñez, D, & Almirón, M. (2020). *Valoración de la musicoterapia en pacientes oncológicos pediátricos y sus cuidadores*. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 53(3), 53-62. Epub 00 de diciembre de 2020.<https://doi.org/10.18004/anales/2020.053.03.53>
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). *Family caregivers of people with dementia*. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-228.
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2019). *The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: A systematic review*. *The Gerontologist*, 59(5), e629–e642. <https://doi.org/10.1093/geront/gny137>

- Bueno, G. & Delgado, P. (2023) *Síndrome de burnout y bienestar mental en cuidadores formales de pacientes geriátricos*. Tesis posgrado, Universidad del Azuay.
- Business, Research, Ageing, Innovation, Brains. (2022). *Consideraciones del uso de datos y la inteligencia artificial aplicada a la industria del sector de salud mental*. España: Dandelion Contents, SL.
- Cárdenas, D (2022). *Síndrome de sobrecarga y calidad de vida del cuidador de pacientes con discapacidad en el primer nivel de atención*. Polo de conocimiento 7(1). Pp. 702-717. DOI: 10.23857/pc.v7i1.3504
- Canal, N. M. (2003). *La historia de la medicina en la formación del profesional en medicina tres casos históricos destacados*.
- Carrillo, B. Sánchez, M y Leenen, L. (2020). *El concepto moderno de validez y su uso en educación médica*. Investigación en educación médica, vol. 9, núm. 33, 2020, enero - marzo, pp. 98-106 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Tomada de: DOI: 10.22201/facmed.20075057e.2020.33.19216.
- Cerquera Córdoba, Ara Mercedes; Dugarte Peña, Edwin; Tiga Loza, Diana Carolina; Plata Osma, Leidy Johanna; Castellanos Suárez, Leonardo & Álvarez Anaya, William Armando (2021). *Factores que influyen en la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con Trastorno Neurocognitivo debido a enfermedad de Alzheimer*. Universitas Psychologica, 20, 1-11.
- Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S & Rojas Reyes J. (2022). *Adopción del rol del cuidador del paciente crónico: teoría de situación específica*. Aquichan, 22(4), <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4>.
- Choi Y. (2010) *The effect of music and progressive muscle relaxation on anxiety, fatigue, and quality of life in family caregivers of hospice patients*, 47(1):53-69.

- Chong, H. J., Kim, S. J., & Jeong, E. (2024). *Music therapy and caregiver stress: A neurobiological review*. *Frontiers in Psychology*, 15, 1076452.
- Chong, H. J., Kim, H. J., & Kim, B. (2024). *Scoping review on the use of music for emotion regulation*. *Behavioral Sciences*, 14(9), 793.
- Clemente Antón, Victoria. (2017). *Revisión narrativa sobre los beneficios de la musicoterapia aplicada a cuidadores de personas con patología neurológica*. Universidad Miguel Hernández. <https://hdl.handle.net/11000/26330>
- Corral, Y. (2009). *Validez confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos*. Facultad de Ciencias Económicas Y Sociales Universidad de Carabobo Valencia Estado Carabobo Venezuela. Tomado de: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>
- Colciencias. (2016). *Tipología de proyectos calificados como de carácter científico, tecnológico e innovación*.
- Congreso de Colombia. (2021). *Ley 2125 de 2021: Por medio de la cual se establecen lineamientos para la creación y fortalecimiento de emprendimientos liderados por mujeres, se promueve su empoderamiento económico y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 51.796.
- Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013: Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 48.684.
- Congreso de Colombia. (2006). *Ley 1090 de 2006: Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dictan normas del ejercicio y se adopta el Código Deontológico y Bioético*. Diario Oficial No. 46.327. *carácter científico, tecnológico e innovación*.

Congreso de Colombia. (2008). *Ley 1257 de 2008: Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, y se reforman los códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 47.193.

Congreso de la República de Colombia. (2015, 16 de febrero). *Ley Estatutaria 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 49.427.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Da Silva Oliveira Baião, V., Rodrigues, A.M., Alvarelhão, J.J.M. et al. (2025). *Interdisciplinary intervention plan on the informal caregiver – a mixed methods study*. BMC Health Serv Res 25, 339. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12213-x>

Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. Putnam.

Departamento de Análisis y Salud (DAHS). (2021). *Desarrollo y validación de la Escala DAHS para la evaluación de funciones ejecutivas*. Revista de Neuropsicología Aplicada, 18(2), 45-60.

Departamento Nacional de Planeación. (2022). *Documento CONPES 4080: Política pública de equidad de género para las mujeres*.

Diamond, A. (2013). *Executive functions*. Annual Review of Psychology, revista anual de psicología. Volumen 64, 2013. Tomado de: 10.1146/annurev-psych-113011-143750

Díaz, M., García, A. y Wilches, L. (2020). *“Cuidándome por los que cuido”, Un programa orientado a la disminución de la sintomatología del Síndrome Del Cuidador Quemado*. Tesis de pregrado para optar por el título de psicóloga. Fundación Universitaria Sanitas.

- Doe, A. et al. (2021). *Caregiver burnout among family caregivers of older adults: Prevalence and contributing factors*. *Journal of Gerontological Social Work*, 64(7), 787-804.
- El Herald. (2023). *El síndrome del 'Cuidador quemado': un viacrucis en las familias con enfermos*. <https://www.elheraldo.co/salud/el-sindrome-del-cuidador-quemado-un-viacrucis-en-las-familias-con-enfermos-1110779>
- El País. (2023). *Las aceleradas cifras de envejecimiento en Colombia; esto le pasa a la población de Valle del Cauca*. <https://www.elpais.com.co/economia/las-aceleradas-cifras-de-envejecimiento-en-colombia-esto-le-pasa-a-la-poblacion-de-valle-del-cauca-1101.html>
- Fandiño. (2019). *Efecto de la musicoterapia en la reducción de la sobrecarga física y emocional en un grupo de cuidadores en la ciudad de Bogotá D.C.* Universidad Nacional de Colombia Tomado de:
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/69586/LizethFandi%C3%B1o.2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Freudenberger, H. J. (1974). *Staff Burn-Out*. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Galán-Rodas, E. (2012). *Historia del Tumi: Símbolo de la Medicina Peruana y del Colegio Médico del Perú*.
- Galicia, Balderrama y Navarro (2017). *Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual*. Universidad de Guadalajara. Tomado de:
<https://www.scielo.org.mx/pdf/apertura/v9n2/2007-1094-apertura-9-02-00042.pdf>
- Gómez, M. A., & Gómez, M. A. (2017). *Caregiver burden in families of people with mental illness linked to the Day Hospital Program of a tertiary institution in the city of Cali*

(Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(3), 137–143.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.002>

Guerrero Arbeláez, J. (2023). *Efecto de una intervención musicoterapéutica para disminuir el estrés laboral mediante la promoción de las habilidades de afrontamiento del personal de cuidado formal de pacientes con trastornos neuropsiquiátricos en un dispositivo de cuidado residencial*. Universidad Nacional de Colombia. Tomado de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/84354>

Gutiérrez, J. & Cardozo, Y. (2023). *Adoptar el rol de cuidador familiar de forma inesperada, un cambio drástico*. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 25. Tomado de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/37348>

Hernández-Rodríguez, E. (2024). *Cantar para sanar. Propuesta de intervención para tratar el síndrome de burnout*. *Misostenido*, 4(7), 44-52. Tomado de <https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.15>

Hooper; et al. (2010). *Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties*. *Journal of Emergency Nursing*. 36 (5): 420–427.

Huaraya, D. & Villanueva, M. (2023). *Estudio comparativo sobre la frecuencia del Síndrome de Burnout, durante la primera y quinta ola de la pandemia por COVID-19, en médicos y enfermeras de hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa, 2020-2022* [Tesis]. Universidad Católica de Santa María, facultad de medicina. Perú.

Inés, C (2023). *Las Funciones de Planificación y Organización y su Relación con el Rendimiento Académico en Estudiantes Universitarios*. Pontificia Universidad Católica de Argentina. Mendoza, Argentina. Tomado de:

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/17709/1/funciones-planificacion-organizacion-relacion.pdf>

International Organization for Standardization. (1998). *ISO 9241-11: Ergonomic requirements for office work with visual display terminals (VDTs) – Part 11: Guidance on usability*. <https://www.iso.org/standard/16883.html>

Ibarra, L. (1986). *Enfermedad aguda, enfermedad crónica e invalidez en la infancia en el sector salud del área metropolitana*.

Jiménez, A. (2018). *Inteligencia emocional*. Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 457-469. Tomado de:
https://www.aepap.org/sites/default/files/457-469_inteligencia_emocional.pdf

Jornet, J. Suarez, M y Carbonell, A (2000). *La validez en la evaluación de programas*. Revista de Investigación Educativa, 2000, Vol. 18, n.º 2, págs. 341-356. Tomado de:
<https://core.ac.uk/download/pdf/71040225.pdf>

Koelsch, S. (2010). *Towards a neural basis of music-evoked emotions*. Trends in Cognitive Sciences, 14(3), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.01.002>

Kohno, M., Ghahremani, D. G., Morales, A. M., Robertson, C. L., Ishibashi, K., Morgan, A. T., ... & London, E. D. (2015). *Risk-taking behavior: Differential contributions of the anterior insula and amygdala to anticipated pain and reward*. Journal of Neuroscience, 35(20), 7689–7700. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4782-14.2015>

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2019). *Los cinco pasos para superar el duelo: Una guía para encontrar paz y esperanza después de una pérdida*. Grijalbo.

- Lejeune A, Le Glaz A, Perron P-A, Sebti J, Baca-Garcia E, Walter M, Lemey C, Berrouiguet S (2022). *Artificial intelligence and suicide prevention: A systematic review*. European Psychiatry, 65(1), e19, 1–8 <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.8>
- Lizcano Camacho, S. (2016). *Eficacia de la musicoterapia aplicada por cuidadores familiares en pacientes con enfermedad de Alzheimer: efectos sobre la memoria episódica*. Tesis de grado, Universidad de La Laguna. Repositorio institucional.
- López, A. (2008). *Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo*. Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada, México. Tomado de:
https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/9716/0463/3548/VOL_6._Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf
- López, M. Millán, P y López, J. (2023). *Salud psicoemocional*. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia Volumen XI • Enero - febrero 2023 N° 1. Tomado de:
https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-XI-n1-2023/2023-n1-6_15_Tema-de-revision-Salud%20psicoemocional-M.V.%20Lopez-Sanchez.pdf
- Manual Deontológico y Bioético del psicólogo (2019). *Manual deontológico y bioético del psicólogo. séptima versión. acuerdo número 17*. Tomado de:
<https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/07/Acuerdo-N%C2%B0-17-de-mayo-del-2019.pdf>
- Martínez Pizarro, S. (2020). *Síndrome del Cuidador Quemado*. Revista Clínica de Medicina de Familia, 13(1),97-100. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169664753013>
- Márquez-Lugo I, Mosquera-Quiñónez M, Ochoa-Granados C, Pacavita-Sánchez D, Palencia-Sánchez F, Riaño-Casallas M. (2021). *Revisión de los instrumentos de medición del Síndrome de Burnout- documento de Trabajo (instruments for measuring burnout*

syndrome: A review-working paper). Disponible en:

<https://papers.ssrn.com/abstract=3841093>

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. The Lancet, 372(9650), 1661-1669.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3.^a ed.). Mind Garden. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual

Maslach, CH.; Schaufeli, W.B.; Leiter, M.P. (2001) *Annual Review of Psychology*, volume 52, pp. 397 - 422. Recuperado de: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/13606>

Mazo Velasco, M. (2017). *Experiencias musico terapéuticas con cuidadoras primarias como apoyo en procesos emocionales*. Estudios de caso. Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/63082>

Mazo Velasco, M. I. (2017). *Experiencias musicoterapéuticas con cuidadoras primarias de personas mayores con demencia: Una investigación cualitativa*. Tesis de maestría, Universidad de Valladolid.

MegaProfe. (2024). *La Inteligencia Artificial para prevenir el Burnout Docente*. Recuperado de <https://megaprofe.es/la-inteligencia-artificial-para-prevenir-el-burnout-docente/>

Miller, E. K., & Cohen, J. D. (2001). *An integrative theory of prefrontal cortex function*. Annual Review of Neuroscience, 24, 167–202. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.167>

Ministerio de Salud de Colombia. (2021). *Informe sobre la situación de los cuidadores informales en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud.

- Ministerio de Salud de Colombia. (2021). *Lineamientos técnicos para el cuidado informal y el autocuidado comunitario*. Bogotá: Minsalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2022). *Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1993). *Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Diario Oficial No. 41.206.
- Morgado, I. (2005). *Psicobiología del aprendizaje y la memoria*. CIC. Cuadernos de Información y Comunicación, (10). Pp. 221-233. Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/935/93501010.pdf>
- Moreno, A. (2021). *Procesos cognitivos y emocionales en el marco de las funciones ejecutivas frías y calientes*. Editorial Psicológica.
- Núñez, J. Solano, P., González, J., y Rosario, P. (2006). *El aprendizaje autorregulado como medio y meta de la educación* *Papeles del Psicólogo*. 27 (3). Pp. 139-146 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827303.pdf>
- Odell-Miller H, Blauth L, Bloska J, Bukowska AA, Clark IN, Crabtree S, Engen RB, Knardal S, Kvamme TK, McMahon K, et al. (2022). *The HOMESIDE Music Intervention: A Training Protocol for Family Carers of People Living with Dementia*. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*.;12(12):1812-1832. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12120127>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *Cuidadores informales en América Latina: Una prioridad para los sistemas de salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Rehabilitación en los sistemas de salud Guía de Acción*.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *Situación del cuidado en América Latina y el Caribe: Cuidar a quienes cuidan*. Washington, D.C.: OPS.
- Pérez-Núñez, G. L., Quintero, S. S., Moreno-Moreno, C. A., & Cárdenas, D. F. (2024). *Songwriting Group Music Therapy for Informal Caregivers of People with Dementia: A Mixed-Methods Study*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(2), 293.
- Pérez-Núñez, P., O'Callaghan, C., López-Paz, J. F., Ruiz de Lazcano, A., Rodríguez, A. A., & Amayra, I. (2024). *Songwriting Group Music Therapy to promote psychological adjustment in informal caregivers of elderly people with dependency: A mixed methods study*. *Frontiers in Psychology*, 15, 1334875.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1334875>
- Perguachi Ortiz, O. M., & Calizares Jarrin, M. L. (2020). *Prevalencia del "Síndrome del Cuidador" en cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual severo que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara del Cantón Azoguen en el periodo 2019-2020*. Universidad Politécnica Salesiana de Ecuador.
- Pessoa, L. (2008). *On the relationship between emotion and cognition*. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(2), 148–158. <https://doi.org/10.1038/nrn2317>
- Quispe, M. A., & Cáceres, K. A. (2024). *Síndrome de Burnout en cuidadores de pacientes con discapacidad infantil*. *Revista de Psicología y Salud*, 12(1), 23-35. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/5605/560558987001/html/>
- Raja, S., Barry, C., Upadhyay, R., Alash, R., O'Raghallaigh, M., Hayes, R., & Romero-Ortuno, R. (2025). *Harmonious ageing: A narrative review of music therapy in the biomedical literature*. *European Geriatric Medicine*, 16(2), 461–472.
<https://doi.org/10.1007/s41999-024-01146-z>
- Ramos, R. (2024) *La Psicología y la Inteligencia Artificial: Innovaciones y Aplicaciones en la Intervención en Crisis*. Ilustre Colegio Oficial de la Psicología de Melilla.

Recuperado de <https://www.copmelilla.org/2024/05/31/la-psicologia-y-la-inteligencia-artificial-innovaciones-y-aplicaciones-en-la-intervencion-en-crisis/>

- Ramos, F., García, J., & Martínez, L. (2019). *Escala de evaluación de funciones ejecutivas: Desarrollo y validación*. *Revista de Neuropsicología Aplicada*, 21(3), 45-62.
- Ramos, F., García, J., Martínez, L., & Bolaños, P. (2017). *Escala de evaluación de funciones ejecutivas: Validación psicométrica y aplicaciones clínicas*. *Revista de Neuropsicología y Cognición*, 15(2), 34-50
- Rodríguez, L., Castañeda, D., & Herrera, P. (2017). *Burnout y salud mental en cuidadores informales de adultos mayores*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(2), 111–120.
- Rodríguez, R., Álvarez, M., Martínez, J., & Colaboradores. (2017). *Burnout en cuidadores informales: Caracterización y estrategias de intervención en Colombia*. *Revista de Salud Mental*, 40(1), 20-30.
- Rojas-Rodríguez, M., Puggina, A. C., & Sánchez-Fuentes, M. M. (2023). *Características de los cuidadores de personas con demencia fallecidas y factores protectores en el proceso de duelo con musicoterapia*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(1).
- Russell, E. (2006). *The effect of music therapy sessions on compassion fatigue and team building of professional hospice caregivers*. *Journal of Music Therapy*, 43(4), 317–333.
- Sainz de Murieta, E., & Cisneros, M. T. (2022). *Rehabilitation and functional capacity in the health of the 21st century*. *Anales Sis San Navarra vol.45 no.3 Pamplona*, 1-8.
- Sánchez-González, L., Rincón, M., & Avendaño, Y. (2023). *Validación de actividades de estimulación ejecutiva para la primera infancia*. *Psicogente*, 26(49), 74–89.
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). *Physical and mental health effects of family caregiving*. *American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 23-27.

- Sierra, J. (2016). *Metodología de evaluación de usabilidad para sistemas de información basados en Web*. Universidad Nacional de Colombia. Tomado de: <chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcgclefindmkaj/https://repositorio.unal.edu.co/bitstream>
- Smith-Castro, V., & Rodríguez-Villagra, O. A. (2020). *Funciones ejecutivas entre músicos y no músicos: un metaanálisis*. *Interdisciplinaria*, 37(2), 39–60.
<https://doi.org/10.16888/interd.2020.37.2.3>
- Smith, J. et al. (2022). *Prevalence and factors associated with burnout syndrome among healthcare professionals*. *Journal of Clinical Nursing*, 31(4), 455-467.
- Song, D.-Y., Kim, S. Y., Bong, G., Kim, J. M., & Yoo, H. J. (2019). *The use of artificial intelligence in screening and diagnosis of autism spectrum disorder: A literature review*. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 145–152.
- Sun Jingjing, Yang Jingyi, Zhou Guyue, Jin Yucheng y Gong Jiangtao. (2024). *Comprender la colaboración entre humanos e inteligencia artificial en la musicoterapia mediante el diseño conjunto con terapeutas*. Tomado de:
<https://doi.org/10.48550/arXiv.2402.14503>
- Thaut, M. H. (2015). *Neurobiological foundations of neurologic music therapy: Rhythmic entrainment and the motor system*. *Frontiers in Psychology*.
- Thaut, M. H., & Hoemberg, V. (Eds.). (2014). *Handbook of Neurologic Music Therapy*. Oxford University Press.
- Torres M, Quezada M, Rioseco R, Ducci ME. (2008). *Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF*. Tomado de:
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf

- Torres, J. Vera, V. Zuzunaga, F. Talavera, J. y De La Cruz, D. (2022). *Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir conocimientos, actitudes y practicas sobre el consumo de sal en la población peruana*. Facultad de Medicina Humana URP. Tomado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v22n2/2308-0531-rfmh-22-02-273.pdf>
- Vitaliano, P. P., Ustundag, O., & Borson, S. (2017). *Objective and subjective cognitive problems among caregivers and matched noncaregivers*. *The Gerontologist*, 57(4), 637–647. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv066>
- Viúdez, A. (2019). *Buscando el auto control fuera del individuo*. *Revista conductual*, (7) 1, pp. 16-25. University of Minho. Portugal. Recuperado de: <https://conductual.com/articulos/Buscando%20el%20auto-control%20fuera%20del%20individuo.pdf>
- Whitford, K., MD, MS, Ulrich, A., MS, Brianna E. Larsen, et al. (2023). *Music therapy intervention to reduce caregiver distress at end of life: a feasibility study*. *JPSM*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0885392423000350>
- Worden, J. W. (2018). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner* (5th ed.). Springer Publishing Company.
- Zelazo, P. D., & Carlson, S. M. (2012). *Hot and cool executive function in childhood and adolescence: Development and plasticity*. *Child Development Perspectives*, 6(4), 354–360. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2012.00246.x>
- Zelazo, P. D., & Müller, U. (2002). *Executive function in typical and atypical development*. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development*. Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470996652.ch20>
- Zhou S, Zhao J and Zhang L (2022) *Application of Artificial Intelligence on Psychological Interventions and Diagnosis: An Overview*. *Front. Psychiatry* 13:811665. doi: 10.3389/fpsy.2022.811665

Anexos

Anexo A. Carta de Invitación a Jueces Expertos

CARTA DE INVITACIÓN A JUECES

Bogotá, _____ de _____ del 2025



Respetado(a) juez,

Es grato dirigimos a usted para manifestarle nuestro saludo cordial. Dada su experiencia profesional, méritos académicos y personales, le solicitamos su valiosa colaboración como experto para la validación de contenido de nuestra propuesta de intervención que se titula “Diseño y Validez de Contenido de un Programa Integral Orientado a la Prevención e Intervención de la Sintomatología del Síndrome del Cuidador Quemado Basado en las Funciones Ejecutivas con Apoyo de la Música”, el cual conforma el trabajo de grado para obtener el título Magíster en Psicología Clínica y de la Salud. Contamos con el acompañamiento docente del profesor M. Sc. Darío Jácome Argoty, quien pertenece al cuerpo académico de la Fundación Universitaria Sanitas. Para efectuar dicha validación, es sugerido leer cuidadosamente cada enunciado, sus objetivos y procedimientos, así mismo, llevar a cabo cualquier sugerencia relativa a la redacción, el contenido, la pertinencia, la congruencia u otro aspecto que considere relevante para mejorarla. Agradecemos de antemano su gran contribución a esta propuesta.

Muy atentamente,

Acero Quintero Valentina

Correo: v.aceru@unisanitas.edu.co

Teléfono: 305 8955667

Osorio Colorado Vanessa Tatiana

Correo: vt.osorioco@unisanitas.edu.co

Teléfono: 3148763075

Rojas Ruiz Juan Camilo

Correo: jc.rojasru@unisanitas.edu.co

Teléfono: 300 5115050

Ulloa Pisco Camila Alejandra

Correo: ca.ulloapi@unisanitas.edu.co

Teléfono: 3167231000

Anexo B. Consentimiento Informado para Jueces Expertos

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS (UNISANITAS)

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA



COORDINACIÓN DE INVESTIGACIONES

Consentimiento Informado - Jueces expertos

Título del estudio	"Diseño y Validez de Contenido de un Programa Integral Orientado a la Prevención e Intervención de la Sintomatología del Síndrome del Cuidador Quemado Basado en las Funciones Ejecutivas con Apoyo de la Música"
Investigador responsable	Investigadores: Acero Quintero Valentina, Osorio Colorado Vanessa Tatiana, Rojas Ruiz Juan Camilo y Ulloa Pisco Camila Alejandra

Estimado/a experto/a,

La facultad de Psicología de la Fundación Universitaria Sanitas le da bienvenida y agradece su participación en la presente fase de validación del programa "Al ritmo del autocuidado" que es una etapa del proyecto general que tiene como objetivo principal **establecer el grado de validez de contenido y usabilidad de un programa integral y apoyado por la música, de intervención y prevención de la sintomatología asociada al Síndrome de Cuidador Quemado (SCQ) en cuidadores informales, orientado al mejoramiento de las funciones ejecutivas.**

Esta investigación cumple con lo consignado en **el artículo 11 de la Resolución No. 8430 de 1993** proferida por el Ministerio de Salud de la República de Colombia, la cual regula los aspectos de la investigación con seres humanos, a partir de la cual se considera una investigación de bajo riesgo.

De acuerdo con lo anterior, el presente consentimiento informado le brinda información sobre su papel en la participación especificando adicionalmente que:

1. Su participación es totalmente voluntaria.
2. Ninguna de las actividades contempladas en el estudio implica algún tipo de riesgo o alguna molestia física o psicológica a corto o largo plazo. Considerando sobre el componente psicológico las posibilidades de molestia, acorde a las diferencias individuales o características específicas de cada participante, en cuyo caso se podrá brindar asesoría y remisión al profesional especializado en caso de requerirse.
3. Al aceptar ser participante de la presente investigación, Usted autoriza el uso de los datos para los análisis estadísticos pertinentes en conjunto e individuales por participante.
4. La información obtenida de su calificación o en cualquier momento durante su participación en la investigación será confidencial, y no tendrá un uso secundario o ajeno a la misma. Esto de conformidad con lo estipulado por el artículo 2 (numerales 5, 6 y 8) de la ley 1090 del 2006 del ejercicio profesional del psicólogo.
5. La recolección y protección de datos personales se rige por lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y del Decreto reglamentario 1377 de 2013 sobre los derechos correspondientes a la Ley de Habeas Data. Partiendo de la información anteriormente

mencionada, se permite informar que al darle continuidad a este proceso nos autoriza para recopilar, almacenar, archivar, copiar, analizar, usar y consultar los datos que se consignarán a continuación, los cuales serán a su vez protegidos por el Código Deontológico que rige la profesión de la Psicología en Colombia y por tanto está sujeto al secreto profesional.

6. Al participar en este proceso de validación y firmar el consentimiento, se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información que adquiera por medio presencial, escrito, visual, virtual, o cualquier otra modalidad que lo involucre, así mismo se compromete a no usarla para fines personales, académicos, laborales ni de ningún tipo sin la previa autorización de todos los investigadores.
7. Su participación se centrará en calificar cada sesión de la intervención y sus anexos, para identificar si cumplen adecuadamente con sus objetivos y aportar observaciones según sea el caso, con el fin de validar la propuesta.
8. Su participación no implicará a (**Universidad, Entidad, organización o como persona natural**) el pago de dinero alguno. De igual forma, como participante no estará obligado a realizar pago alguno bajo ningún concepto.
9. Usted podrá retirarse en caso de no sentirse cómodo con la resolución de los cuestionarios, en el momento en el que desee hacerlo, informando a las investigadoras encargadas.
10. El desarrollo de este proyecto no tendrá incidencia directa o indirecta sobre el entorno ambiental inmediato en tanto que la participación en él no implica ningún tipo de intervención o manipulación sobre los sujetos a nivel orgánico, por lo tanto, sin el involucramiento de procesos químicos o similares, y por lo tanto sin consecuencia en las condiciones ambientales. Específicamente, el desarrollo no tiene injerencia directa, indirecta o de ninguna índole sobre la calidad de vida de los individuos y su entorno, que representase cambios irreversibles en el ambiente cercano, ni en las condiciones relacionadas con los procesos de interacción social, al contrastar las condiciones previas y posteriores a la realización del proyecto de naturaleza descriptiva, en el corto, mediano o largo plazo.

Teniendo en cuenta lo anterior, manifiesto que después de conocer los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio y con la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas, yo _____ identificado(a) con documento de identidad No _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación.

11. En caso de tener preguntas estos son los correos de contacto comiteetica@unisanitas.edu.co

¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO!

Por favor complete los siguientes datos

Firmado en la ciudad de: _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

FIRMA _____ IDENTIFICACIÓN _____

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Aceró Quintero Valentina

CORREO: v.aceroqu@unisanitas.edu.co TELÉFONO: 3058955667

FIRMA: Valentina Aceró Q. IDENTIFICACIÓN: 1233508218

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Osorio Colorado Vanessa Tatiana

CORREO: vt.osorioco@unisanitas.edu.co TELÉFONO: 3148763075

FIRMA: Tatiana Osorio IDENTIFICACIÓN: 1107073743

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Rojas Ruiz Juan Camilo

CORREO: jc.rojasru@unisanitas.edu.co TELÉFONO: 3005115050

FIRMA: Juan Camilo Rojas IDENTIFICACIÓN: 1072675393

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Ulloa Pisco Camila Alejandra

CORREO: ca.ulloapi@unisanitas.edu.co TELÉFONO: 3167231000

FIRMA: Camila Up. IDENTIFICACIÓN: 1026587270

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Presidente CEI: Eduardo Low Padilla

Teléfono: 5895377 ext. 5719901

Correo: comiteetica@unisanitas.edu.co

Anexo C. Instrumento de Validación de Contenido para Jueces Experto

Anexo D. Instrumento de Validación de Usabilidad para Jueces Expertos

Anexo E. Matriz de estructura y sustento.

Anexo F. Programa “Al ritmo del autocuidado”

Anexo G. Anexos cartilla “Al ritmo del autocuidado”

Anexo H. Protocolo de atención en crisis

Anexo I. Aval: Comité de Ética en Investigación de Unisanitas

Anexo C. Instrumento de Validación de Contenido para Jueces Experto

Diseño y Validez de Contenido de un Programa Integral Orientado a la Prevención e Intervención de la Sintomatología del Síndrome del Cuidador Quemado Basado en las Funciones Ejecutivas con Apoyo de la Música.

Nombres y apellidos del juez: _____

Formación académica:

Áreas de experiencia profesional:

Tiempo de experiencia: _____ Cargo actual: _____ Institución:

Objetivo de la investigación: Establecer el grado de validez por contenido y usabilidad de una programa integral y apoyado por la música, de intervención y prevención de la sintomatología asociada al Síndrome de Cuidador Quemado (SCQ) en cuidadores informales, orientado al mejoramiento de las funciones ejecutivas.

Objetivo del juicio de expertos: Calificar cada sesión de intervención del programa ¡Al ritmo del autocuidado! Calificar sus objetivos y aportar observaciones según sea el caso, con el fin de validar el programa de intervención.

Objetivo del programa: Prevenir sintomatología del síndrome del cuidador quemado (SCQ) en cuidadores informales, a partir del modelo de funciones ejecutivas frías y cálidas, apoyado desde la música.

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
<p>CLARIDAD</p> <p>La sesión se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.</p>	<p>1. No cumple con el criterio.</p> <p>2. Bajo nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>1 La sesión no es clara.</p> <p>2 La sesión requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.</p> <p>3 Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos de la sesión.</p> <p>4 La sesión es clara, tiene semántica y sintaxis adecuada</p>
<p>COHERENCIA</p> <p>La sesión tiene relación lógica con el módulo y objetivo del mismo.</p>	<p>1. No cumple con el criterio.</p> <p>2. Bajo nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>1 La sesión no tiene relación lógica con el módulo.</p> <p>2 La sesión tiene una relación tangencial con el módulo.</p> <p>3 La sesión tiene una relación moderada con el módulo.</p> <p>4 La sesión se encuentra totalmente relacionado con el módulo.</p>
<p>RELEVANCIA</p> <p>La sesión es esencial o importante, es decir, debe ser incluido.</p>	<p>1. No cumple con el criterio.</p> <p>2. Bajo nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>1 La sesión puede ser eliminada sin que se vea afectado el objetivo del módulo.</p> <p>2 La sesión tiene alguna relevancia, pero otro tema puede estar incluyéndolo.</p> <p>3 La sesión es relativamente importante.</p> <p>4 La sesión es muy relevante y debe ser incluido.</p>
<p>SUFICIENCIA</p> <p>La sesión aporta para lograr el objetivo del módulo.</p>	<p>1. No cumple con el criterio.</p> <p>2. Bajo nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>1 La sesión no aporta lo suficiente para lograr el objetivo del módulo.</p> <p>2 La sesión cumple algún aspecto del objetivo, pero no corresponde con el módulo total.</p> <p>3 Se deben incrementar algunos temas de la sesión para poder cumplir con el objetivo completamente.</p> <p>4 La sesión es suficiente.</p>

SESIONES	ACTIVIDAD	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	SUFICIENTE	OBSERVACIONES
1.Síndrome del cuidador quemado	La ruleta del saber					
2. Atención (Focalizada y sostenida)	Entrenamiento (Atención Arousal, focalizada y sostenida)					
3. Atención (Dividida y focalizada)	A Ritmo de la Partitura (Atención alternante y Dividida)					
4. Atención	Encuentra el impostor					
5. Inhibición Perceptual	Mi filtro musical – (Inhibición Perceptual)					
6. Inhibición cognitiva y conductual	Stop de pensamiento – (Inhibición Cognitiva) Parada Rítmica – (Inhibición Conductual)					
7.Memoria	Escucho y recuerdo					
8. Planificación y organización	Armando y creando					
9. Toma de decisiones	Laberinto musical					
10. Control emocional	Al ritmo de mi emoción					
11. Gratificación diferida y autocontrol	Paciencia en acción					
12. Empatía	Mírame como yo te miro					
13. Empatía	Piensa lo que pienso					
14.Duelo anticipado	La carta continúa...					
15. Autocuidado	Siendo también mi prioridad					

¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO!

Anexo D. Instrumento de Validación de Usabilidad para Jueces Expertos

Criterio	Definición conceptual	Definición operacional (Escala Likert 1-4)	Valoración (1-4)	Observaciones
Claridad	Grado en que las instrucciones y materiales del programa son comprensibles, accesibles y bien estructurados para los terapeutas/talleristas	Nivel de acuerdo con la claridad del contenido e instrucciones: 1 = Nada claro 2 = Poco claro 3 = Claro 4 = Muy claro		
Pertinencia clínica	Grado en que los contenidos del programa responden de forma efectiva y específica a las necesidades reales del cuidador informal con diagnóstico o en riesgo de presentar Síndrome de Cuidador Quemado (SCQ).	Valoración sobre la adecuación clínica del contenido 1 = Nada pertinente 2 = Poco pertinente 3 = Pertinente 4 = Muy Pertinente		
Factibilidad de aplicación	Facilidad con la que puede aplicarse el programa en entornos clínicos reales, considerando tiempo, recursos humanos y materiales disponibles.	Evaluación sobre la viabilidad práctica de aplicación del programa 1 = Nada viable 2 = Poco viable 3 = Viable 4 = Muy viable		
Adecuación temporal	Grado en que la duración de las sesiones del programa es razonable y ajustada al contexto clínico y al usuario final.	Opinión sobre si la duración de cada módulo es adecuada 1 = Nada adecuada 2 = Poco adecuada 3 = Adecuada 4 = Muy adecuada		
Impacto terapéutico esperado	Potencial del programa para generar beneficios psicológicos, neuropsicológicos y emocionales observables en los cuidadores.	Percepción subjetiva del impacto clínico potencial del programa: 1 = No genera impacto clínico 2 = Genera poco impacto clínico 3 = Presenta impacto clínico 4 = Genera gran impacto clínico		
Atractivo o motivación esperada	Nivel en que el diseño del programa, su dinámica y materiales motivan al cuidador y favorecen su permanencia en la intervención.	Evaluación sobre la capacidad del programa para generar interés y motivación 1 = Nada atractivo 2 = Poco atractivo 3 = Atractivo 4 = Muy atractivo		
Integración de la música	Coherencia con la que el componente musical se integra como herramienta terapéutica, reforzando objetivos psicológicos y neuropsicológicos.	Grado en que el uso de la música se percibe como terapéutico y coherente 1 = Nada integrada y coherente 2 = Poco integrada y coherente 3 = Integrada y coherente 4 = Muy integrada y coherente		

Adaptabilidad del programa	Flexibilidad del programa para ser ajustado a distintos tipos de cuidadores según edad, nivel educativo, entorno y grado de afectación.	Grado de flexibilidad percibida para adaptar el programa a distintos cuidadores 1 = Nada flexible ni adaptable 2 = Poco flexible y adaptable 3 = Flexible y adaptable 4 = Muy flexible y adaptable		
----------------------------	---	--	--	--

Preguntas abiertas para evaluación cualitativa de usabilidad

1. ¿Qué sesiones o actividades del programa considera más útiles o efectivos para abordar la sintomatología del SCQ?

Respuesta: _____

2. ¿Hay alguna actividad, contenido o parte del programa que considere poco clara, redundante o poco útil?

Respuesta: _____

3. Desde su experiencia clínica, ¿cuáles cree que serían las principales barreras para implementar este programa con cuidadores informales?

Respuesta: _____

4. ¿Qué factores cree que facilitarían la implementación exitosa del programa en contextos reales?

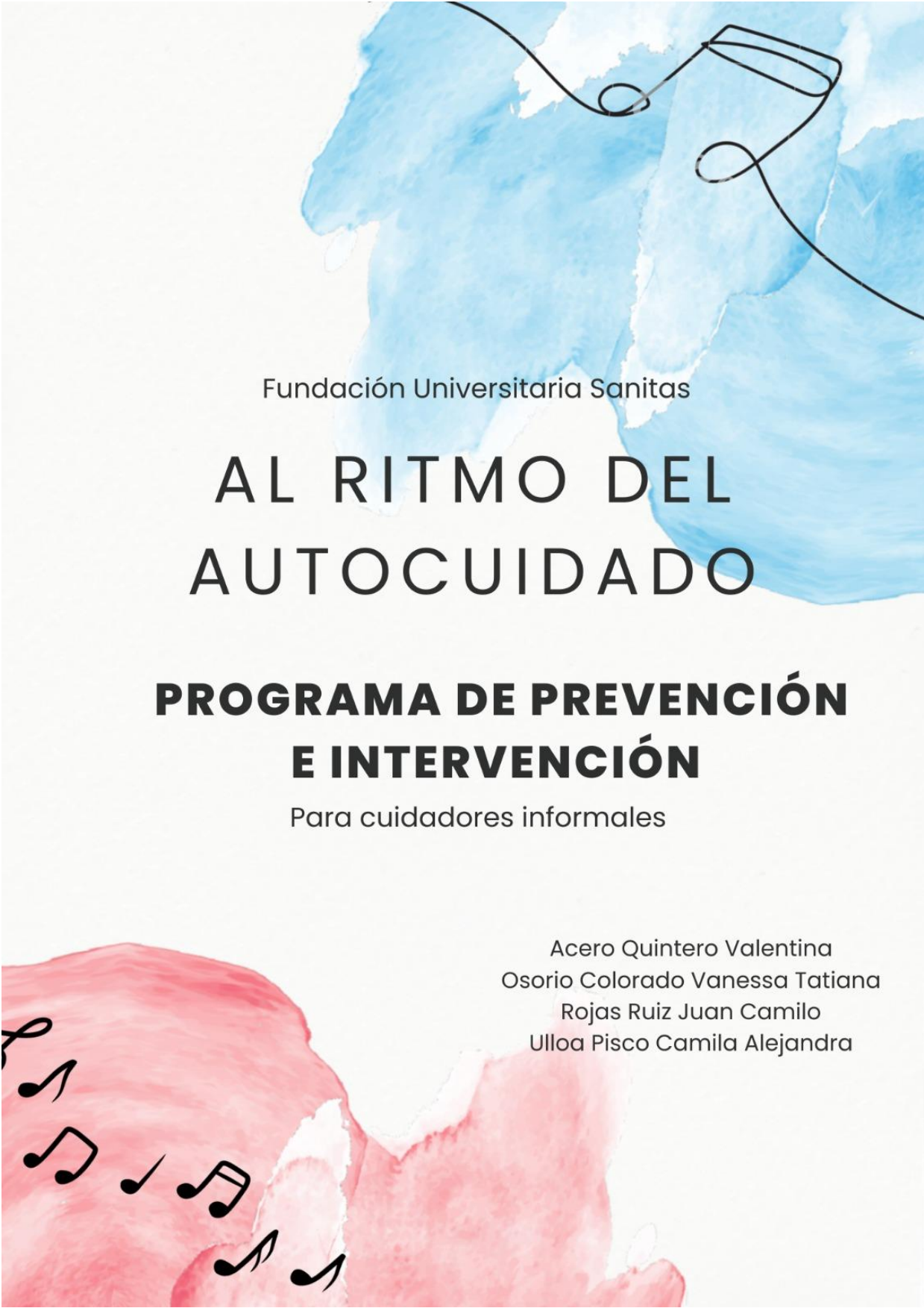
Respuesta: _____

5. ¿Tiene alguna sugerencia adicional que podría ayudar a mejorar el diseño, estructura o aplicación del programa?

Respuesta: _____

<p>Go Etal Yon, Sungen Ni, Son J. Kim, Jaegun Kim, S.</p>	<p>Sección de neurociencias de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Estudios de caso.</p>	<p>Maria Victoria, Maria Isabel</p>	<p>Trastorno del estado de ánimo y psicopatología</p>	<p>Colombia</p>	<p>2017</p>	<p>El desarrollo del presente trabajo surge de un proceso de investigación multidisciplinaria realizada con los cuidadores familiares de pacientes con Enfermedad de Alzheimer. Con el objetivo de describir las experiencias desde la perspectiva de los cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer.</p>	<p>Se realizó una investigación de tipo cualitativo en la que se realizaron entrevistas en profundidad con los cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer. Los datos se analizaron mediante el método de análisis de contenido.</p>	<p>Se ha logrado obtener el proceso investigativo en el que se describen las experiencias de los cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer. Este proceso de investigación puede ser replicado en otros contextos de salud mental.</p>
<p>Go Etal Yon, Sungen Ni, Son J. Kim, Jaegun Kim, S.</p>	<p>El PAPEL DE LA MUCOSINEMA EN LA SINDROME DEL CUIDADOR FAMILIAR.</p>	<p>Celia Parodi Martínez</p>	<p>Mucosinas, biomarcadores, cuidador.</p>	<p>España</p>	<p>2021</p>	<p>Este artículo es un estudio observacional en el cual se realizó un análisis de los niveles de mucosinas en la saliva de cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer. El estudio se realizó en un centro de día para personas con Alzheimer.</p>	<p>Se realizó un estudio observacional en el que se midieron los niveles de mucosinas en la saliva de cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer. Los resultados mostraron un aumento de los niveles de mucosinas en la saliva de los cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer.</p>	<p>Buena publicación en un revista científica de alto impacto. El estudio aporta información sobre el papel de las mucosinas en la enfermedad de Alzheimer.</p>
<p>Go Etal Yon, Sungen Ni, Son J. Kim, Jaegun Kim, S.</p>	<p>Estudio de un programa de intervención en cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer.</p>	<p>Maria Serra Vila, Violeta Juliá, Belarj</p>	<p>Intervención, rehabilitación, cuidador.</p>	<p>España</p>	<p>2014</p>	<p>Este artículo describe la valoración de la satisfacción de los cuidadores y los beneficios obtenidos con la intervención multidisciplinaria diseñada en el programa de intervención en cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer. El estudio se realizó en un centro de día para personas con Alzheimer.</p>	<p>Se realizó un estudio de intervención en el que se evaluó la satisfacción de los cuidadores y los beneficios obtenidos con la intervención multidisciplinaria diseñada en el programa de intervención en cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer.</p>	<p>Buena publicación en un revista científica de alto impacto. El estudio aporta información sobre el papel de la intervención en cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer.</p>
<p>Go Etal Yon, Sungen Ni, Son J. Kim, Jaegun Kim, S.</p>	<p>El rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>	<p>Shirone, A. J., Spornelli, S. T., Maffei, M., Lattini, C., Basso, B., et al.</p>	<p>Intervención, rehabilitación, cuidador.</p>	<p>Italia</p>	<p>2020</p>	<p>Este artículo describe el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. El estudio se realizó en un centro de día para personas con Alzheimer.</p>	<p>Se realizó un estudio de intervención en el que se evaluó el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. Los resultados mostraron un aumento de la satisfacción de los cuidadores con la intervención.</p>	<p>Buena publicación en un revista científica de alto impacto. El estudio aporta información sobre el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>
<p>Go Etal Yon, Sungen Ni, Son J. Kim, Jaegun Kim, S.</p>	<p>El rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>	<p>Shirone, A. J., Spornelli, S. T., Maffei, M., Lattini, C., Basso, B., et al.</p>	<p>Intervención, rehabilitación, cuidador.</p>	<p>Italia</p>	<p>2020</p>	<p>Este artículo describe el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. El estudio se realizó en un centro de día para personas con Alzheimer.</p>	<p>Se realizó un estudio de intervención en el que se evaluó el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. Los resultados mostraron un aumento de la satisfacción de los cuidadores con la intervención.</p>	<p>Buena publicación en un revista científica de alto impacto. El estudio aporta información sobre el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>
<p>Go Etal Yon, Sungen Ni, Son J. Kim, Jaegun Kim, S.</p>	<p>El rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>	<p>Shirone, A. J., Spornelli, S. T., Maffei, M., Lattini, C., Basso, B., et al.</p>	<p>Intervención, rehabilitación, cuidador.</p>	<p>Italia</p>	<p>2022</p>	<p>Este artículo describe el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. El estudio se realizó en un centro de día para personas con Alzheimer.</p>	<p>Se realizó un estudio de intervención en el que se evaluó el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. Los resultados mostraron un aumento de la satisfacción de los cuidadores con la intervención.</p>	<p>Buena publicación en un revista científica de alto impacto. El estudio aporta información sobre el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>
<p>Go Etal Yon, Sungen Ni, Son J. Kim, Jaegun Kim, S.</p>	<p>El rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>	<p>Shirone, A. J., Spornelli, S. T., Maffei, M., Lattini, C., Basso, B., et al.</p>	<p>Intervención, rehabilitación, cuidador.</p>	<p>Italia</p>	<p>2022</p>	<p>Este artículo describe el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. El estudio se realizó en un centro de día para personas con Alzheimer.</p>	<p>Se realizó un estudio de intervención en el que se evaluó el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. Los resultados mostraron un aumento de la satisfacción de los cuidadores con la intervención.</p>	<p>Buena publicación en un revista científica de alto impacto. El estudio aporta información sobre el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>
<p>Go Etal Yon, Sungen Ni, Son J. Kim, Jaegun Kim, S.</p>	<p>El rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>	<p>Shirone, A. J., Spornelli, S. T., Maffei, M., Lattini, C., Basso, B., et al.</p>	<p>Intervención, rehabilitación, cuidador.</p>	<p>Italia</p>	<p>2022</p>	<p>Este artículo describe el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. El estudio se realizó en un centro de día para personas con Alzheimer.</p>	<p>Se realizó un estudio de intervención en el que se evaluó el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. Los resultados mostraron un aumento de la satisfacción de los cuidadores con la intervención.</p>	<p>Buena publicación en un revista científica de alto impacto. El estudio aporta información sobre el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>
<p>Go Etal Yon, Sungen Ni, Son J. Kim, Jaegun Kim, S.</p>	<p>El rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>	<p>Shirone, A. J., Spornelli, S. T., Maffei, M., Lattini, C., Basso, B., et al.</p>	<p>Intervención, rehabilitación, cuidador.</p>	<p>Italia</p>	<p>2022</p>	<p>Este artículo describe el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. El estudio se realizó en un centro de día para personas con Alzheimer.</p>	<p>Se realizó un estudio de intervención en el que se evaluó el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. Los resultados mostraron un aumento de la satisfacción de los cuidadores con la intervención.</p>	<p>Buena publicación en un revista científica de alto impacto. El estudio aporta información sobre el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>
<p>Go Etal Yon, Sungen Ni, Son J. Kim, Jaegun Kim, S.</p>	<p>El rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>	<p>Shirone, A. J., Spornelli, S. T., Maffei, M., Lattini, C., Basso, B., et al.</p>	<p>Intervención, rehabilitación, cuidador.</p>	<p>Italia</p>	<p>2022</p>	<p>Este artículo describe el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. El estudio se realizó en un centro de día para personas con Alzheimer.</p>	<p>Se realizó un estudio de intervención en el que se evaluó el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. Los resultados mostraron un aumento de la satisfacción de los cuidadores con la intervención.</p>	<p>Buena publicación en un revista científica de alto impacto. El estudio aporta información sobre el rol del cuidador en la enfermedad de Alzheimer.</p>

<p>Válida por contenido de los programas de investigación.</p>	<p>Válida de contenido de los contenidos de los programas de investigación de postgrado.</p>	<p>Ver: Zaldívar, M. M. Mieres Ocasio, W. P., & Álvarez Rodríguez, A. (2015). Validación de contenido de los programas de postgrado de la carrera de Ingeniería en Mecánica. <i>Revista Colombiana de Ingeniería</i>, 19(1), 1-12.</p>	<p>Índice de validez de contenido de Lenguaje escrito por Torres - López 2017 y 2018.</p>	<p>Colombia</p>	<p>202</p>	<p>Una de las funciones principales de la institución de educación superior es la formación humana integral de sus estudiantes. El objetivo es un conjunto de actividades académicas que se implementan en la vida del estudiante y se encuentran en los contenidos de los programas de estudio. El presente artículo muestra los resultados de la validación de los contenidos de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior.</p>	<p>Comprensión básica fundamentada e Interrelación: El ICI es un cuestionario que mide el nivel de comprensión de los contenidos de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior.</p>	<p>Para la validación del instrumento se tuvieron en cuenta los dimensiones y especificidad de cada una de ellas. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior.</p>	<p>El índice de validez de contenido de los contenidos de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior, se calculó a través de la siguiente fórmula: $IVC = \frac{\sum_{i=1}^n V_i}{n}$, donde V_i es la validez de contenido de cada uno de los ítems y n es el número total de ítems. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior.</p>	<p>El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de comprensión de los contenidos de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior.</p>	<p>https://doi.org/10.15446/rce.v19n1.1010</p>	<p>English</p>	
<p>Válida por contenido de los programas de investigación.</p>	<p>Válida de contenido de los contenidos de los programas de investigación de postgrado.</p>	<p>Ver: Torres López, A. (2017). Validación de contenido de los programas de postgrado de la carrera de Ingeniería en Mecánica. <i>Revista Colombiana de Ingeniería</i>, 21(1), 1-12.</p>	<p>Índice de validez de contenido de Lenguaje escrito por Torres - López 2017 y 2018.</p>	<p>México</p>	<p>2018</p>	<p>El presente artículo muestra los resultados de la validación de los contenidos de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior.</p>	<p>Lenguaje: El presente artículo muestra los resultados de la validación de los contenidos de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior.</p>	<p>La presente investigación se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior.</p>	<p>El índice de validez de contenido de los contenidos de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior, se calculó a través de la siguiente fórmula: $IVC = \frac{\sum_{i=1}^n V_i}{n}$, donde V_i es la validez de contenido de cada uno de los ítems y n es el número total de ítems. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior.</p>	<p>El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de comprensión de los contenidos de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior. El estudio se realizó a través de un cuestionario de validación de contenido de los programas de estudio de la carrera de Ingeniería en Mecánica, en el contexto de la institución de educación superior.</p>	<p>México-Lima (2017)</p>	<p>https://doi.org/10.15446/rce.v21n1.1010</p>	<p>English</p>



Fundación Universitaria Sanitas

AL RITMO DEL AUTOCAUIDADO

PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Para cuidadores informales

Acero Quintero Valentina
Osorio Colorado Vanessa Tatiana
Rojas Ruiz Juan Camilo
Ulloa Pisco Camila Alejandra

Introducción:

El proyecto "Al ritmo del autocuidado" amplía y adapta el programa original "Cuidándome por los que cuido", diseñado para mitigar los efectos del Síndrome del Cuidador Quemado (SCQ) en cuidadores formales mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Díaz, García & Wilches, 2020). Esta nueva propuesta incorpora la musicoterapia como herramienta terapéutica para mejorar la regulación emocional, basándose en la teoría de funciones ejecutivas frías y cálidas de Zelazo y Müller. Las funciones frías son aquellas que se encuentran relacionadas con el área dorso lateral, accediendo procesos cognitivos como la solución de problemas, planeación, memoria de trabajo, razonamiento verbal, flexibilidad cognitiva e inhibición. Por otro lado, las FFEE cálidas se encuentran relacionadas con el área orbito frontal y ventromedial y están implicadas en procesos de información emocional y componentes motivacionales como toma de decisiones, control de impulsos, empatía y gestión emocional (Zelazo, Müller, Frye & Marcovitch, 2003, citado por Bausela, 2014).

La música ha demostrado ser efectiva en la reducción del estrés y la mejora del bienestar emocional, lo que la convierte en una estrategia clave en este enfoque.

El síndrome del cuidador quemado (SCQ) describe una condición caracterizada por altos niveles de estrés que generan agotamiento físico y emocional, vinculado directamente al ámbito laboral del cuidador. Esto ocurre debido a la sobrecarga de trabajo y el tiempo prolongado en estas tareas sin el adecuado apoyo, lo que produce dificultades de afrontamiento y alteraciones en la salud física y mental del cuidador. Entre los síntomas físicos del SCQ se incluyen dolores de cabeza, problemas digestivos y debilitamiento corporal, los cuales afectan los ciclos del sueño y continúan incluso después de períodos de descanso (Cárdenas, 2022). Esta situación es especialmente crítica en el caso de los cuidadores informales, que son aquellos que cuidan a familiares o amigos sin capacitación ni remuneración, y que operan en un entorno sin los recursos adecuados, lo que aumenta su carga y estrés. En América Latina y Colombia, se estima que hay más de 3 millones de cuidadores informales, de los cuales un porcentaje significativo son mujeres de entre 40 y 60 años. Entre el 45% y el 60% de estas cuidadoras experimentan síntomas de burnout, lo que incluye fatiga crónica, depresión, estrés elevado y agotamiento emocional (Rodríguez et al., 2017; Achury et al., 2011). Este fenómeno también está relacionado con la sobrecarga emocional, el aislamiento social y la fatiga, factores que incrementan el riesgo de desarrollar

SCQ y afectan su capacidad para ofrecer cuidados sostenibles. Aunque el SCQ ha sido ampliamente estudiado en cuidadores formales, la investigación sobre cuidadores informales sigue siendo limitada.

Las intervenciones psicoterapéuticas y neuropsicológicas han demostrado ser cruciales para restaurar tanto las funciones ejecutivas frías (como la memoria de trabajo y la toma de decisiones) como las cálidas (como la regulación emocional y la empatía), ayudando a los cuidadores a manejar el estrés y la sobrecarga emocional. Este tipo de rehabilitación psicoterapéutica no solo busca aliviar los síntomas del SCQ, sino también promover un bienestar integral, lo que permite a los cuidadores ofrecer un cuidado más sostenible y recuperar su calidad de vida. En este contexto, la combinación con musicoterapia y añade un enfoque innovador, uniendo terapias tradicionales con herramientas que apoyan el ejercicio psicológico. La música, como herramienta terapéutica, permite la expresión emocional y la mejora de las habilidades de afrontamiento.

Este enfoque integral, que combina musicoterapia tiene el potencial de transformar la gestión del SCQ. No solo apoya la autorregulación emocional de los cuidadores, sino que también mejora la calidad de la atención que brindan. El bienestar del cuidador se refleja en una mejor atención al paciente, creando un ciclo positivo que beneficia tanto al cuidador como al receptor del cuidado.

Para garantizar la efectividad del programa, es fundamental realizar una validación rigurosa de su contenido. La validez de contenido se refiere al grado en que los componentes del programa representan adecuadamente el constructo teórico que se busca abordar. En el ámbito de la psicología, este tipo de validez es esencial para asegurar que las estrategias y actividades utilizadas sean pertinentes y reflejen fielmente los objetivos terapéuticos establecidos (Haynes, Richard y Kubany, 1995 citado en Pedrosa, 2013). Para ello, se recurrirá al juicio de expertos, como neuropsicólogos, psicólogos de la salud, musicoterapeutas y metodólogos, quienes validarán el contenido y garantizarán que el programa cumpla con los objetivos establecidos.

Objetivo del programa: Disminuir la sintomatología asociada al Síndrome del Cuidador Quemado (SCQ) en cuidadores informales, a través del entrenamiento en funciones ejecutivas frías y cálidas apoyado por la música.

Desarrollo del programa:

El programa consta de 14 sesiones, cada una diseñada para dar cumplimiento al objetivo. Cada sesión tiene una duración de 45 minutos y sigue una estructura que permite un aprendizaje progresivo y práctico, enfocado en el entrenamiento de las funciones ejecutivas frías y cálidas de los participantes, especialmente en el contexto del manejo del síndrome del cuidador quemado.

El programa inicia con la sesión 1 dedicada a la introducción general y presentación del concepto del Síndrome del Cuidador Quemado. Las sesiones de la 2 a la 9 se enfocan en el entrenamiento de funciones ejecutivas frías, como la memoria de trabajo, la atención y la planificación. Posteriormente, en las sesiones de la 10 a la 13, se trabaja en el desarrollo de funciones ejecutivas cálidas, incluyendo la regulación emocional, la toma de decisiones y el control de impulsos. Finalmente, la sesión 14 corresponde al cierre en donde se realiza una retroalimentación de lo trabajado en el programa destacando lo aprendido y entrega de diploma como símbolo de culminación.

Cada sesión está estructurada en cuatro momentos clave. El primer momento es una introducción explicativa que incluye la presentación del objetivo de la sesión, la explicación del procedimiento y un breve entrenamiento del tema. En el segundo momento, se desarrolla la actividad principal, siguiendo un paso a paso detallado que permite practicar y reforzar la función ejecutiva trabajada. El tercer momento está dedicado a la retroalimentación, donde el terapeuta analiza los logros y desafíos de la actividad, refuerza los avances alcanzados y orienta sobre posibles mejoras. Finalmente, el cuarto momento se centra en la transferencia al contexto ecológico, asignando tareas para que los participantes practiquen lo aprendido en su entorno cotidiano, Este enfoque permite no sólo adquirir habilidades cognitivas y emocionales, sino también integrarlas en la vida diaria de los participantes. De esta manera, el programa busca promover una mejor calidad de vida y un manejo más efectivo de las demandas asociadas al síndrome del cuidador quemado.

Cabe resaltar que todas las actividades propuestas utilizan la música como herramienta para el abordaje del síndrome del cuidador quemado y la propuesta de mitigar sus efectos adversos en la salud mental.

A su vez el proyecto cuenta con un protocolo en crisis el cual se implementará en situaciones de crisis emocional, El protocolo en Crisis es un conjunto de herramientas

estrategias y procedimientos estandarizados que buscan gestionar estabilizar de forma efectiva. El objetivo principal es estabilizar a la persona afectada, mitigar el impacto negativo de la crisis y asegurar que tenga acceso a los servicios de apoyo que necesita (Raffo, 200).

En el contexto normativo colombiano, la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud subraya la importancia de implementar protocolos en investigaciones que involucren a seres humanos, garantizando así la protección de los participantes y el cumplimiento de principios éticos durante el desarrollo de intervenciones (Ministerio de Salud, 1993). La relevancia de aplicar un protocolo de atención en crisis desde la bioética se puede desglosar en los siguientes principios:

1. Principio de Beneficencia: Proteger la salud mental del participante Desde la perspectiva de la bioética, el principio de beneficencia establece que cualquier intervención debe enfocarse en el bienestar de la persona, minimizando riesgos y ofreciendo el apoyo necesario (Beauchamp & Childress, 2019). Un protocolo de crisis proporciona una respuesta estructurada y efectiva, asegurando que el participante reciba contención emocional y técnicas de regulación, como la respiración diafragmática y la relajación progresiva de Jacobson (Castro, S.f).

2. Principio de No Maleficencia: Reducir riesgos y evitar daño Este principio establece que ninguna intervención debe causar daño innecesario a la persona afectada. Un protocolo en crisis ayuda a prevenir reacciones impulsivas por parte de los profesionales, garantizando que la intervención no empeore la situación del participante. Además, establece criterios para remitir a servicios especializados cuando la crisis lo requiera (Ministerio de Salud, 1993).

3. Principio de Autonomía: Respeto por la decisión del participante la autonomía se refiere al derecho de la persona a tomar decisiones informadas sobre su atención. En un protocolo de crisis, este principio se manifiesta a través del consentimiento informado, la opción de rechazar la intervención y el acceso a información clara sobre el proceso.

Tabla de contenido

Al ritmo del autocuidado



FFEE Frías



FFEE Cálidas



Sesiones

1

Pg. 9

La ruleta del saber

Sensibilizar a los participantes sobre el síndrome del cuidador quemado a través de la psicoeducación e intercambio de experiencias

SQC

2

Pg. 11

Arousal, focalizada, sostenida y selectiva

Siente las texturas

Fortalecer los diferentes tipos de atención en los cuidadores informales, desde la teoría de Sohlberg & Mateer, con el fin de mejorar su desempeño y bienestar en el rol del cuidador y de sí mismos.

ATENCIÓN

3

Pg. 16

Alternante y dividida

Al ritmo de la partitura

Fortalecer la capacidad de atención dividida en cuidadores desde la flexibilidad cognitiva.

ATENCIÓN

4

Pg.20

Encuentra al impostor

Estimular procesos atencionales desde la metacognición por medio de una actividad apoyada en música en los cuidadores.

ATENCIÓN

5

Pg.23

Perceptual

Mi filtro musical

Ayudar a los participantes a filtrar estímulos irrelevantes (distractores sonoros) y centrar su atención en un estímulo concreto.

INHIBICIÓN

6

Pg.26

Cognitiva

Stop del pensamiento

Entrenar a los participantes en la inhibición cognitiva, ayudándolos a reconocer y manejar los pensamientos automáticos o intrusivos que aparecen durante momentos de silencio.

Pg.28

Conductual

Parada rítmica

Mejorar la inhibición conductual por medio del entrenamiento de la técnica "freno inhibitorio", en situaciones que requieren del control motor.

INHIBICIÓN

Tabla de contenido

Al ritmo del autocuidado

7
Pg. 29

Escucho y recuerdo

Fortalecer la memoria de trabajo mediante una actividad práctica basada en la asociación multisensorial de estímulos (sonidos, imágenes y movimientos), con el fin de mejorar su capacidad de atención, retención y recuperación de información en su contexto de cuidado.

MEMORIA

8
Pg. 33

Armando y creando

Brindar estrategias de planificación y organización para los cuidadores, que les permita poner en práctica en su día a día.

PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

9
Pg. 38

Camino musical

Fortalecer las habilidades de toma de decisiones en los participantes a través del reconocimiento de patrones musicales y la selección de opciones adecuadas.

TOMA DE DECISIONES

10
Pg. 42

Al ritmo de mi emoción

Reconocer y gestionar su estado emocional desde la técnica de respiración diafragmática, apoyado por la música.

CONTROL EMOCIONAL

11
Pg. 46

Paciencia en acción

Fortalecer las habilidades de autocontrol y gratificación diferida en los participantes, a través de actividades apoyadas en la música y dirigidas a su contexto ecológico.

AUTOCONTROL

12
Pg. 55

Mírame como te miro

Fomentar la empatía y la comunicación asertiva en cuidadores mediante una intervención grupal con apoyo musical, con enfoque en el síndrome del cuidador quemado.

Pg. 60

Piensa lo que pienso

Mejorar las capacidades de la empatía cognitiva y comunicación asertiva en cuidadores informales, en contextos de cuidado y su rol de cuidador.

EMPATÍA

Tabla de contenido

Al ritmo del autocuidado

13

Pg. 65

Siendo también mi prioridad

Generar conciencia sobre el autocuidado, mediante estrategias de autocuidado individual y colectivo en los participantes.

AUTOCUIDADO

14

Pg. 72

Al ritmo de mi autocuidado

Dar cierre al programa "Al ritmo del autocuidado" a los participantes.

CIERRE

Programa

Sesión 1. Síndrome del cuidador quemado

Síndrome del Cuidador Quemado (SCQ): confluencia de signos y síntomas derivados del estrés relacionada al cuidado de un tercero y la aparición de cuadros de ansiedad/depresión, insomnio, alteraciones en la concentración, irritabilidad, cefalea, mayores riesgos de adquisición de hábitos nocivos, en medio del cual conviven sentimientos de culpa, tristeza y soledad (Martínez, 2020, como se citó en Moscoso y Matovelle, 2023).

Dado el impacto que el SCQ tiene en la salud física y emocional de los cuidadores informales, es fundamental abordar esta problemática. Comprender sus síntomas y efectos permitirá a los cuidadores reconocer las señales de alerta, prevenir el desgaste extremo y adoptar estrategias para el autocuidado. Trabajar en su bienestar no solo beneficia su calidad de vida, sino que también fortalece su capacidad para brindar un cuidado adecuado sin comprometer su propia salud.

Nombre del encuentro: La ruleta del saber.

Objetivo actividad: Sensibilizar a los participantes sobre el síndrome del cuidador quemado a través de la psicoeducación e intercambio de experiencias.

Materiales:

- Ruleta de manera digital o en físico con palabras relacionadas al SCQ (anexo 1).
- Infografía (anexo 2).
- Folleto programa (anexo 3).
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.
- Sistema de sonido o altavoces.

Tiempo del encuentro: 45 minutos.

Momento 1: Introducción explicativa (10 min)

Los profesionales que estarán a cargo del programa se presentarán, también el contenido del programa y su objetivo “Vamos a llevar a cabo este programa llamado *Al ritmo del autocuidado*, el cual contiene 14 sesiones, esto con el objetivo de disminuir los síntomas asociados al Síndrome del Cuidador Quemado en los cuidadores informales, es decir,

aquellas personas que cuidan a un familiar o ser querido que requiera apoyo constante debido a una enfermedad, discapacidad o condición crónica. Este rol puede generar un gran desgaste físico y emocional, lo que, con el tiempo, puede llevar al Síndrome del Cuidador Quemado, un estado de agotamiento extremo, estrés y desmotivación causado por la sobrecarga del cuidado. Esto lo haremos a través del entrenamiento en funciones ejecutivas frías y cálidas, apoyado por la música. Las funciones ejecutivas frías son aquellas que nos permiten razonar, planificar y tomar decisiones de manera lógica y objetiva, como la organización del tiempo o la resolución de problemas. Por otro lado, las funciones ejecutivas cálidas están relacionadas con la regulación emocional y la toma de decisiones cuando hay emociones involucradas, como manejar la frustración o controlar impulsos en momentos de estrés. Posteriormente se dará un espacio para aclarar dudas y escuchar comentarios de los participantes.

Momento 2: Entrenamiento (20 min)

Se muestra La Ruleta del Saber (anexo 1) la cual contiene palabras clave relacionadas con el síndrome del cuidador quemado (SCQ): agotamiento, sobrecarga, estrés, insomnio, aislamiento, irritabilidad, culpa, desmotivación, ansiedad, depresión y se explica que la actividad consiste en que cada participante girará la ruleta y expresará lo que sabe acerca de la palabra seleccionada y su relación con su experiencia personal y en su rol como cuidador. El profesional a cargo proporcionará validación y acompañamiento durante las intervenciones de los asistentes. También facilitará la discusión entre los participantes con el fin de profundizar en las experiencias compartidas y ofrecer orientaciones cuando sea necesario. Se proyectará una infografía (anexo 2) la cual explicará el concepto del SCQ, incluyendo sus principales síntomas y estrategias de prevención.

Momento 3: Finalización del encuentro (10 min)

Se llegará a la conclusión, preguntas y aclaraciones que haya surgido a raíz de la sesión, teniendo en cuenta si el tema ha quedado claro o se necesita retomar alguna de las problemáticas que conlleva el síndrome del cuidador quemado.

Momento 4: Transferencia al contexto ecológico (5 min)

Se brindará a los participantes un folleto (anexo 3) que contendrá los temas a tratar durante el programa “Al ritmo del autocuidado” y el horario de las sesiones.

Funciones ejecutivas frías

Sesión 2. Atención

Desde el modelo de Sohlberg y Mateer, la atención se concibe como un sistema jerárquico y dinámico que permite seleccionar, mantener y distribuir los recursos cognitivos para procesar la información de estímulos relevantes del entorno, suprimiendo aquellos que resultan irrelevantes para el individuo (Bernate-Navarro et al., 2009; Serrano et al., 2018). La atención no es un proceso único, sino un conjunto de capacidades interrelacionadas que varían en complejidad y especificidad según las demandas de la tarea o el contexto.

Este sistema atencional es esencial para realizar actividades cotidianas e interactuar eficazmente con el entorno. Según Sohlberg y Mateer, cada nivel de atención (focalizada, sostenida, selectiva, alternante y dividida) representa una función cognitiva que permite responder de manera efectiva y flexible ante distintas situaciones. De este modo, la atención no solo se define por la capacidad de concentrarse u obtener información relevante de un estímulo, sino también por la habilidad de adaptarse y priorizar tareas según las circunstancias. Esto facilita la organización y el control de otras funciones cognitivas complejas, como la memoria, la percepción y la resolución de problemas (Bernate-Navarro et al., 2009; Serrano et al., 2018).

El Modelo Jerárquico de Atención de Sohlberg y Mateer es un marco teórico utilizado en la rehabilitación neuropsicológica para el tratamiento de dificultades atencionales. Se estructura en cinco niveles:

1. Arousal (Alerta) – Capacidad de respuesta general al entorno.
2. Atención Focalizada – Capacidad de responder a estímulos específicos.
3. Atención Sostenida – Mantener la concentración en una tarea durante períodos prolongados.
4. Atención Selectiva – Filtrar distracciones y centrarse en estímulos relevantes.
5. Atención Alternante y Dividida – Cambiar entre tareas o manejar múltiples estímulos a la vez.

Este modelo es relevante porque las alteraciones en la atención son comunes tanto en pacientes con afectaciones cerebrales, como traumatismo craneoencefálico (TCE), accidente cerebrovascular (ACV) y enfermedades neurodegenerativas, como en cuidadores con burnout, quienes experimentan dificultades cognitivas derivadas del estrés crónico, tales

como problemas de concentración, fatiga mental y agotamiento emocional. En este sentido, el modelo sugiere que la atención actúa como un recurso limitado que se distribuye de acuerdo con la relevancia y la dificultad de las tareas, gestionando y optimizando la capacidad cognitiva (Bernate-Navarro et al., 2009; Serrano et al., 2018).

Nombre: “Siente las texturas” Entrenamiento atención Arousal, focalizada y sostenida

Objetivo Actividad: Fortalecer los diferentes tipos de atención en los cuidadores informales, desde la teoría de Sohlberg & Mateer, con el fin de mejorar su desempeño y bienestar en el rol del cuidador y de sí mismos.

Materiales:

- Infografía “Atención” (anexo 4)
- Máscara cubre ojos
- Sonidos distractores (Sonido de celular, sirena de ambulancia, sonido de notificaciones, sonido claxon de auto) (anexo 5)
- Reproducción de fondo (anexo 6)
- Recurso auditivo ignórame (anexo 7)
- Palo de Pincho de 15 cm
- Pluma
- Liquido newtoniano
- Piedras pequeñas
- Cartulina blanca, azul y roja
- Salón
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector
- Sistema de sonido o altavoces

Tiempo del encuentro: 45 min

Momento 1: Introducción explicativa (10min)

1. Se presentará por medio de la infografía “Atención” (anexo 4) que es la atención y tipos de atención por medio del modelo Sohlberg y Mateer.

Momento 2: Entrenamiento de la función (30 min)

En esta se entrenará 4 tipos de atención: Arousal, focalizada, sostenida y selectiva.

Arousal y focalizada

1. Durante el desarrollo de la actividad se reproducirá de fondo la canción “10 Minute Countdown Timer with Relaxing Jazz Music for Break” (anexo 6).
2. Se les pedirá a los participantes que se formen en parejas. Uno de ellos tendrá los ojos vendados y se le solicitará que extienda la mano derecha. Se le indicará que sentirá una pulsión en la palma de la mano o diferentes tipos de sensaciones y texturas (fuertes o suaves) en distintas partes del cuerpo (cabeza, cuello, orejas, frente, manos, brazos), las cuales serán generadas por su compañero. Se espera que la persona reaccione a nivel osteomuscular.

Ejemplo: En la mano, cerrar la mano. Estos estímulos se aplicarán con los siguientes objetos: palo de pincho, pluma, piedra y un objeto de contextura newtoniana.

3. Se les solicitará a los participantes que se concentren en la canción, cierren los ojos y traten de sentir cómo su pulso se va alineando con el ritmo de la canción.
4. Se abre un espacio conclusivo orientado por preguntas orientadoras al grupo.
 - ¿Qué reacciones tuvieron con los estímulos del ejercicio inicial?
 - ¿Qué cree usted que era cada estímulo?
 - ¿Cómo denomina o describe las sensaciones de cada estímulo?
 - ¿Qué género musical se escuchaba a lo largo de actividad?
 - ¿En algún momento dejó de escuchar la música?
5. El ejercicio concluye con una explicación sobre la atención arousal y focalizada, destacando que este proceso se basa en las reacciones neurológicas y cerebrales ante la detección de estímulos. Se enfatiza que, al cerrar la mano en respuesta a la pulsión, se evidencia una reacción ante el estímulo. Además, se menciona que ciertas características del estímulo pueden influir en el tiempo de reacción, generando variaciones en la respuesta.

Sostenida

1. Se solicitará a los participantes que fijen su atención en una cartulina blanca que será sostenida por un soporte, pidiendo que sigan las siguientes indicaciones: “centren su

atención en la siguiente cartulina, traten de analizar la textura, detallen el color y las características de la cartulina de manera mental” (duración de 5 minutos).

2. Se reproducirán sonidos distractores (anexo 5) de manera aleatoria a lo largo del ejercicio (sonido de sirenas, tono de llamada, tono de mensaje de celular y el claxon de un auto).
3. Se les dará la indicación de que en el momento en el que visualicen la cartulina traten de describirla de forma mental con la finalidad de que en los periodos de divagación logren centrar los recursos mentales en el estímulo, potenciando así la focalización de la atención.
4. Ahora se les mostrará otras dos cartulinas (azul y roja) de formal alternante, sobre estas se les pide que respondan en su mente las siguientes preguntas:
 - a. ¿Según la textura que observan como creen que se siente si la palparan?
 - b. ¿Pueden ver alguna irregularidad en la cartulina?
 - c. ¿Cómo son los bordes?
5. Se abre espacio para escuchar las conclusiones por parte de los participantes frente a la actividad.
6. Cierre de actividad.

Selectiva

1. Se reproducirán tres sonidos “Ignórame” (anexo 7) específicos cada uno de 2 min (graznido de cuervo, sonido campana y olas de playa).
2. Se les solicitará a los participantes que centren su atención en alguno de los sonidos específicos teniendo en cuenta lo aprendido en atención sostenida; tendrán que describir la sensación fisiológica que genera el estímulo auditivo, por lo tanto, se les explica que a medida que escuchen más fuerte el estímulo, es cuando se garantiza el éxito de la actividad y se les explica a los participantes que: “esta es la capacidad de enfocar los recursos atencionales en un estímulo específico mientras se ignoran distracciones o información irrelevante”.
3. Se reproduce el anexo 7, se iniciará con el Sonido 1 - Cuervos y se les da como instrucción de centrar la atención en el estímulo seleccionado, por lo tanto, se debe establecer las tres preguntas guías:
 - a. ¿Qué sensación en el cuerpo me genera este sonido?
 - b. ¿Con que asocio este sonido?
 - c. ¿Me gusta o disgusta el sonido?

4. Se da la indicación de que los participantes ingenien nuevas preguntas las cuales les permitan centrar su atención en el estímulo
5. Se reproduce el Sonido 4 – (video).
6. Se reproduce el Sonido 2 - Campanas y se les da como instrucción de centrar la atención en el estímulo seleccionado, por lo tanto, se debe establecer las tres preguntas introductorias guías:
 - a. ¿Qué sensación en el cuerpo me genera este sonido?
 - b. ¿Con que asocio este sonido?
 - c. ¿Me gusta o disgusta el sonido?
7. Se da la indicación de que los participantes ingenien nuevas preguntas las cuales les permitan centrar su atención en el estímulo
8. Se reproduce el Sonido 4 – Simultánea nuevamente (video).
9. Se espera ejecución de la actividad por parte de los participantes.
10. Se reproduce de nuevo el Sonido 3 – Olas de la playa
11. Estableciendo la instrucción de escuchar de forma activa; centrar la atención en el estímulo seleccionado en el cual se pueden hacer preguntas tales como:
 - a. ¿Qué sensación en el cuerpo me genera este sonido?
 - b. ¿Con que asocio este sonido?
 - c. ¿Me gusta o disgusta el sonido?
12. Se da la indicación de que los participantes ingenien nuevas preguntas las cuales les permitan centrar su atención en el estímulo
13. Se reproducen el sonido 4 – simultanea, de nuevo (video).
14. Se espera que finalice la reproducción de los sonidos (Video)
15. Luego, se abre un espacio de conclusión por parte de los participantes al finalizar la actividad.

Momento 3. Finalización del encuentro (10min)

Se realizará una retroalimentación del ejercicio práctico en donde se pretende recoger los comentarios de los participantes acerca de la actividad, los desafíos y estrategias para superar los mismos, frente a esto se hace énfasis en la Técnica del entrenamiento con ruido de fondo, La técnica del entrenamiento con ruido de fondo es un método utilizado para fortalecer la atención selectiva, especialmente en entornos con múltiples estímulos auditivos. Consiste en realizar tareas que requieren concentración, como seguir instrucciones, leer en voz alta o responder preguntas, mientras se expone a sonidos ambientales como

conversaciones, música o ruido de tráfico. Este entrenamiento ayuda a mejorar la capacidad de filtrar información irrelevante y enfocarse en los estímulos importantes, lo que resulta útil en situaciones cotidianas donde hay distracciones sonoras.

Momento 4: Contexto ecológico (5 Min)

Se realizará una retroalimentación del ejercicio práctico, en donde se pretende recoger los comentarios de los participantes acerca de la actividad, los desafíos y las estrategias para superarlos. Como estrategia para fortalecer la atención selectiva ante estímulos auditivos, se establece la técnica del entrenamiento con ruido de fondo. La técnica del entrenamiento con ruido de fondo consiste en exponer a una persona a estímulos auditivos distractores mientras realiza una tarea que requiere concentración. Su objetivo es mejorar la atención selectiva, permitiendo que el individuo aprenda a filtrar información irrelevante y enfocarse en lo esencial. Este tipo de entrenamiento es útil en contextos donde hay múltiples estímulos sonoros, como ambientes laborales, educativos o clínicos. (Cherry, 1953; Posner & Petersen, 1990). Por lo tanto, el profesional guía verbalizara lo siguiente “Por ejemplo, ustedes pueden intentar seguir instrucciones o responder preguntas mientras se reproducen sonidos ambientales como conversaciones de fondo o música suave. Esto ayuda a mejorar la capacidad de filtrar estímulos irrelevantes y enfocarse en la información clave, por lo tanto, la idea es que ustedes traten de centrar su atención en una tarea específica mientras colocan sonidos de fondo o pueden realizar dichas actividades de ocio en espacio público centrando su atención de forma consciente en la tarea”.

Sesión 3. Atención

Desde la perspectiva de Sohlberg y Mateer, el entrenamiento en atención alternante y dividida está profundamente conectado con la flexibilidad cognitiva. Ambas habilidades nos exigen adaptarnos a los cambios en las demandas mentales. La atención alternante nos permite movernos entre diferentes tareas o estímulos, mientras que la atención dividida nos ayuda a manejar múltiples fuentes de información al mismo tiempo. Estos procesos requieren ajustes rápidos en cómo distribuimos nuestros recursos atencionales, lo que a su vez potencia nuestra adaptabilidad, nuestra capacidad para resolver problemas y nuestra eficiencia en entornos que cambian rápidamente. Fomentar estas habilidades no solo refuerza la flexibilidad cognitiva, sino que también mejora nuestra capacidad de respuesta ante

situaciones que requieren cambios constantes en nuestro enfoque atencional (Sohlberg & Mateer, 2001).

Nombre: “Al ritmo de la partitura” (Atención alternante y Dividida)

Objetivo de la actividad: Fortalecer los procesos de atención alternante y dividida en los cuidadores informales, desde la teoría de Sohlberg & Mateer, con el fin de mejorar su desempeño y bienestar en el rol del cuidador y de sí mismos

Materiales:

- Diapositivas atención alternante o dividida (anexo 8).
- Sonidos específicos (anexo 9).
- Video secuencia numeral 1 (anexo 10).
- Video secuencia numeral 2 (anexo 11).
- Video estímulos alternantes (anexo 12).
- Video simultáneo 01 (anexo 13).
- Video simultáneo 02 (anexo 14).
- Video simultáneo 03 (anexo 15).
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.
- Sistema de sonido o altavoces.

Tiempo del encuentro: 45 min

Momento 1: Introducción explicativa (10min)

Se proyectará las diapositivas (Anexo 8) que tendrán la información sobre que son los procesos atencionales (atención dividida y alternante) y sus diferentes niveles desde el modelo de Sohlberg y Mateer.

Momento 2: Entrenamiento de la función (alternante y dividida) (25min)

Alternante (Actividad auditiva)

1. Se establecerá la reproducción de los audios y sonidos; primero se les solicitará a los pacientes que centren su atención en los sonidos específicos de la guitarra (anexo 9) y se les preguntara cuantas veces escucharon el sonido del instrumento en la grabación.

2. Posteriormente se repetirá el mismo ejercicio en relación con los sonidos estableciendo específicamente la atención en el instrumento de la trompeta (anexo 9).
3. Y por último se repetirá el mismo ejercicio en relación con los sonidos estableciendo específicamente la atención en el instrumento del tambor (anexo 9)

Alternante (Actividad Visual)

Establecer instrucción frente a las indicaciones en relación con 2 estímulos (visuales y auditivos).

El visual es un video (anexo 10) en el cual se muestran una secuencia de números del 0 al 9 de forma aleatoria, los participantes tienen que seguir un conjunto de instrucciones en relación con determinados números:

- A. Si ven un 2 (levantar mano izquierda).
- B. Si ven un 5 (levantar mano derecha).
- C. Si ven un 7 (levantarse de la silla y volverse a sentar).
- D. Si ven un 9 (movimiento de cabeza de lado a lado "1 vez").

Cada estímulo se presentará aproximadamente de 1 minuto a 1:30 minutos de forma alternante a lo largo de 8 minutos, estableciendo seguimiento y progreso en los participantes.

Atención Alternante (visual y auditiva)

1. Se les da la indicación a los participantes de que las anteriores instrucciones establecidas en la actividad (auditiva y visual) (anexo 11) se reproducirá de forma alternante con la finalidad de establecer los procesos de atención alternante, atendiendo los dos estímulos con sus respectivas instrucciones.
2. Se espera ejecución por parte de los participantes y posteriormente se reproduce video de estímulos alternantes (anexo 12) **Respuesta:** 17 veces suena la trompeta.
3. Se espera ejecución por parte de los participantes.
4. Al finalizar el video se les pregunta a los participantes:
 - ¿Cuántas veces escucho la trompeta?
 - ¿Cuántas veces escucho la guitarra?
 - ¿Cuántas veces escucho el tambor?
 - ¿Qué fue lo más fácil de la actividad?

- ¿Qué fue lo más difícil de la actividad?
- 5. Se abre espacio para abordar las conclusiones y percepciones de los participantes en relación a la actividad
- 6. Se da cierre de la actividad.

Actividad Atención dividida (visual y auditiva)

1. Se les indicará a los participantes que el ejercicio auditivo (fase 01) y el ejercicio visual (fase 02) se implementaran de forma simultánea, generando la indicación de que deben realizar los dos ejercicios al tiempo.
2. Reproducción de video simultáneo 01 (anexo 13) **Respuesta:** 17 veces suena la trompeta.
3. Ejecución por parte de los participantes la actividad.
4. Reproducción de video simultáneo 02 (anexo 14) **Respuesta:** 09 veces suena la trompeta y la guitarra suena 09 veces.
5. Ejecución por parte de los participantes la actividad.
6. Reproducción de video simultáneo 03 (anexo 15) **Respuesta:** 06 veces suena la trompeta, la guitarra suena 07 veces y por último el tambor suena 06 veces.
7. Al finalizar el video se les pregunta a los participantes.
 - a. ¿Cuántas veces escucho la trompeta?
 - b. ¿Cuántas veces escucho la guitarra?
 - c. ¿Cuántas veces escucho el tambor?
 - d. ¿Qué fue lo más fácil de la actividad?
 - e. ¿Qué fue lo más difícil de la actividad?
8. Abrir espacio conclusivo por parte de los participantes.
9. Cierre de actividad.

Momento 3. Finalización del encuentro (10min)

Se realizará una retroalimentación del ejercicio práctico en donde se pretende recoger los comentarios de los participantes acerca de la actividad, los desafíos y estrategias para superar los mismos por lo tanto el terapeuta guía les solicita que den palabras claves frente a las estrategias que ellos implementaron y las anota en una hoja.

Momento 4. Contexto ecológico

El entrenamiento con la técnica de doble tarea es una estrategia fundamental para mejorar la atención alternante y dividida, habilidades que son cruciales para los cuidadores, quienes a menudo deben manejar múltiples demandas al mismo tiempo. Por lo tanto, el profesional guía mencionara que: “Esta técnica se puede aplicar en su entorno cotidiano o ecológico mediante ejercicios que imiten situaciones reales de cuidado. Por ejemplo, un cuidador podría practicar la atención dividida realizando una tarea manual sencilla, como doblar ropa o preparar alimentos, mientras responde preguntas sobre los síntomas o necesidades de la persona a su cargo. De igual manera, la atención alternante se puede entrenar al cambiar entre dos actividades, como escuchar instrucciones sobre un medicamento mientras supervisa la alimentación del paciente”. Este tipo de entrenamiento no solo ayuda a mejorar la capacidad de respuesta en situaciones desafiantes, sino que también optimiza la organización de tareas y reduce la sobrecarga cognitiva, lo que permite a los cuidadores atender de manera más eficaz y precisa las necesidades de quienes dependen de ellos (Dux & Marois, 2009).

Sesión 4. Atención

La metacognición, que se puede entender como la habilidad de reflexionar sobre nuestros propios procesos de pensamiento, juega un papel clave en mejorar nuestra atención. Esto se debe a que nos permite monitorear, regular y ajustar nuestras estrategias de atención de manera consciente y efectiva.

Desde la perspectiva de autores como Flavell (1979), la metacognición abarca tanto el conocimiento sobre cómo funciona nuestra atención como la capacidad de regularla mediante estrategias específicas. Al desarrollar habilidades metacognitivas, una persona puede identificar los factores que afectan su concentración, elegir las estrategias adecuadas para mejorar su rendimiento y evaluar qué tan efectivas son sus aproximaciones.

En el contexto de la atención, esto se traduce en una mejor capacidad para detectar distracciones, mantener el enfoque en tareas importantes y alternar entre diferentes estímulos de manera controlada. Modelos como el de Sohlberg y Mateer (1987) sugieren que el entrenamiento en metacognición puede mejorar el rendimiento en varios tipos de atención (sostenida, selectiva, alternante y dividida) al fomentar una mayor autorregulación cognitiva. Así que, en resumen, la metacognición no solo mejora nuestra eficiencia atencional, sino que

también nos permite adaptar nuestro comportamiento según las demandas del entorno, fortaleciendo así nuestra capacidad de aprendizaje y desempeño en diversas situaciones.

Nombre: Encuentra al impostor.

Objetivo actividad: Fortalecer los diferentes procesos atencionales desde el entrenamiento en la metacognición en los participantes, por medio de una actividad apoyada por la música.

Materiales:

- Instrucciones (anexo 16).
- Ejercicio 1 (anexo 17).
- Ejercicio 2 (anexo 18).
- Ejercicio 3 (anexo 19).
- Ejercicio 4 (anexo 20).
- Ejercicio 5 (anexo 21).
- Ejercicio 6 (anexo 22).
- Ejercicio 7 (anexo 23).
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.
- Sistema de sonido o altavoces.

Tiempo del encuentro: 45 min

Momento 1: Introducción explicativa (10min)

Se proyectará las diapositivas (anexo 18) que tendrán la información necesaria para llevar a cabo este momento: Instrucciones de la actividad.

Momento 2: Entrenamiento (20 min)

1. Se realiza saludo a los participantes y se les brinda instrucciones específicas.:
2. Se brinda instrucción; “Busca el impostor entre los grupos, el impostor se puede identificar por: (época, artista, género musical, temática o incluso instrumentos)”. Tienes que seleccionar cual según el que tu identifiques como el impostor.
3. Se reproducirán por orden, según el orden será la asignación de la canción: Ejemplo:(1: A, 2: B 3:C y 4:D).

4. Cuando identifiques el impostor da la respuesta correcta según la denominación anteriormente mencionada (A, B, C, D).
5. Cuando identifiques el impostor menciona por qué crees que es el impostor
6. El asesor te retroalimentara tu respuesta para determinar si es correcta o no.
7. Se realiza 7 ejecuciones de la actividad
 - Encuentra al impostor - ejecución 1 (anexo 19) Respuesta (fragmento 4).
 - Encuentra al impostor - ejecución 2 (anexo 20) Respuesta (fragmento 4).
 - Encuentra al impostor - ejecución 3 (anexo 21) Respuesta (fragmento 4).
 - Encuentra al impostor - ejecución 4 (anexo 22) Respuesta (fragmento 2).
 - Encuentra al impostor - ejecución 5 (anexo 23) Respuesta (fragmento 1).
 - Encuentra al impostor - ejecución 6 (anexo 24) Respuesta (fragmento 3).
 - Encuentra al impostor - ejecución 7 (anexo 25) Respuesta (fragmento 1).

Momento 3. Finalización del encuentro (10min)

Se realizará una retroalimentación del ejercicio práctico en donde se pretende recoger los comentarios de los participantes acerca de la actividad, los desafíos y estrategias para superar los mismos.

Momento 4: Transferencia al contexto ecológico (5 min)

La técnica de entrenamiento en discriminación auditiva se centra en mejorar nuestra habilidad para identificar, diferenciar y procesar sonidos específicos en un entorno lleno de estímulos auditivos. Este tipo de entrenamiento refuerza nuestra atención selectiva y percepción auditiva, lo que a su vez facilita la comprensión del lenguaje, el aprendizaje musical y la interpretación de señales sonoras en nuestra vida diaria. Investigaciones han demostrado que este enfoque optimiza el procesamiento auditivo y el reconocimiento de patrones sonoros, lo que favorece el desarrollo cognitivo y lingüístico (Kraus & Chandrasekaran, 2010; Tallal, Miller, & Fitch, 1993). El profesional guía explica que: “La técnica de entrenamiento en discriminación auditiva es fundamental para potenciar la atención selectiva y sostenida en los cuidadores. Les permite identificar información relevante en entornos donde hay múltiples estímulos sonoros. En su día a día, los cuidadores se enfrentan a una variedad de sonidos al mismo tiempo, como la voz de la persona a su cargo, alarmas médicas o ruidos del entorno. Por eso, es esencial fortalecer su habilidad para filtrar y priorizar la información auditiva”.

Para poner en práctica esta técnica en su entorno, pueden realizar ejercicios como:

- **Identificación de sonidos:** Escuchar un audio con una mezcla de sonidos (conversaciones, música, ruidos del hogar) y tratar de identificar palabras clave o sonidos específicos que sean relevantes para su trabajo.
- **Priorización auditiva:** En un ambiente ruidoso, concentrarse en distinguir y responder a señales importantes, como la voz del paciente llamando o el sonido de una alarma.
- **Diferenciación de tono y ritmo:** Practicar la identificación de diferentes tonos de voz o sonidos y asociarlos con acciones específicas, como distinguir entre una solicitud urgente y una conversación cotidiana.

Este tipo de entrenamiento ayuda a los cuidadores a mejorar su capacidad de respuesta, reducir la fatiga mental y optimizar su rendimiento en situaciones donde la atención auditiva es crucial (Kraus & Chandrasekaran, 2010).

Sesión 5. Inhibición

Actualmente se reconoce a la inhibición como uno de los principales componentes ejecutivos. La función principal de la inhibición consiste en el control de las tendencias prepotentes ligadas al pensamiento, al comportamiento y a estímulos ambientales que interfieren con el logro de las tareas y objetivos actuales (Diamond, 2013, 2016, como se citó en Aydmune & Introzzi, 2018), es decir, la inhibición actúa como un mecanismo regulador que nos permite filtrar y suprimir aquellos impulsos o estímulos automáticos que podrían distraernos o desviarnos de nuestras metas. Se han identificado tres tipos de procesos inhibitorios según la etapa del procesamiento de la información en la que ocurren. Estos son:

Un tipo de inhibición que opera a nivel perceptual tiene la función de suprimir la activación provocada por estímulos irrelevantes en el entorno, lo que facilita el enfoque de la atención en los estímulos importantes. Este proceso ha sido denominado inhibición perceptual (Diamond, 2013, como se citó en Aydmune & Introzzi, 2018), resistencia a la interferencia de distractores (Friedman y Miyake, 2004, como se citó en Aydmune & Introzzi, 2018), control de la interferencia (Nigg, 2000, como se citó en Aydmune & Introzzi, 2018) o inhibición de acceso (Hasher et al., 2007, como se citó en Aydmune & Introzzi, 2018).

Un tipo de inhibición que ocurre en una fase intermedia del procesamiento de la información, cuando los estímulos ya no están presentes a nivel perceptual. La función

principal de este proceso es reducir la activación de representaciones intrusivas e irrelevantes que interfieren con la consecución de los objetivos actuales. Este mecanismo ha sido denominado inhibición cognitiva (Diamond, 2013; Nigg, 2000, como se citó en Aydmune & Introzzi, 2018), resistencia a la interferencia proactiva (Friedman y Miyake, 2004, como se citó en Aydmune & Introzzi, 2018) o inhibición de borrado (Hasher et al., 2007, como se citó en Aydmune & Introzzi, 2018).

Finalmente, existe un tipo de inhibición que actúa en una etapa avanzada del procesamiento de la información, encargada de suprimir o frenar respuestas o impulsos motores dominantes que no son adecuados para la tarea en curso. Este proceso es conocido como inhibición conductual (Diamond, 2013; Nigg, 2000, como se citó en Aydmune & Introzzi, 2018), inhibición de la respuesta (Friedman y Miyake, 2004, como se citó en Aydmune & Introzzi, 2018) o inhibición de restricción (Hasher et al., 2007, como se citó en Aydmune & Introzzi, 2018). Es el tipo de inhibición más investigado y al que comúnmente se hace referencia, incluso desde una perspectiva unitaria (Hasher et al., 2007; Lustig, Hasher, & Zacks, 2007, como se citó en Aydmune & Introzzi, 2018).

Fortalecer la inhibición en cuidadores informales con Síndrome del Cuidador Quemado (SCQ) es clave para mejorar su bienestar. Esta función ejecutiva les permite filtrar distracciones, regular emociones y controlar impulsos, facilitando su desempeño y reduciendo el impacto del estrés. Su entrenamiento favorecerá el autocuidado y la calidad de vida de los cuidadores.

Objetivo general: Fortalecer las habilidades de inhibición en los participantes mediante el control de impulsos y la regulación de respuestas automáticas en contextos que requieran autocontrol.

Nombre del encuentro: Mi filtro musical (Inhibición Perceptual).

Objetivo de la actividad: Incrementar en los participantes las habilidades de filtro de estímulos irrelevantes (distractores sonoros) y atención focalizada a un estímulo concreto.

Tiempo del encuentro: 45 minutos

Materiales:

- Diapositivas sobre inhibición e inhibición perceptual (anexo 24 y anexo 25).

- Pistas de reproducción (anexo 26).
- Elemento distractor (anexo 27).
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.
- Sistema de sonido o altavoces.

Tiempo del encuentro: 45 minutos.

Momento 1: Introducción explicativa (10 min)

Con ayuda de diapositivas (anexo 24), se explicará a los participantes: que es la inhibición, su importancia. También se mostrarán diapositivas (anexo 25) que contienen información acerca de la inhibición perceptual y ejemplos, consecuencias de déficit de inhibición perceptual.

Momento 2: Entrenamiento de la función (20 min)

1. Dependiendo de la cantidad de participantes, se dividen en grupos pequeños (5 personas) o se realiza la actividad de forma individual.
2. Se explica a los participantes que se trabajará en la habilidad de enfocarse en ciertos estímulos auditivos mientras se ignoran otros, indicando que escucharán tres pistas al mismo tiempo: una pista con una melodía instrumental relajante, otra con sonidos de la naturaleza y otra pista con personas hablando. Se pide que ignoren los sonidos de la naturaleza y las personas hablando y se concentren sólo en la melodía instrumental relajante.
3. Se realiza un breve ejercicio de respiración diafragmática para ayudarles a entrar en un estado de atención plena.
4. Se reproducen las tres pistas al mismo tiempo y con igual volumen (anexo 26)
5. Luego de 2 minutos, se detienen las pistas y se pide a los participantes que describan la melodía instrumental relajante (se pueden realizar preguntas específicas como el tipo de instrumentos, el ritmo, o la tonalidad).
6. Se vuelven a poner las tres pistas, pero esta vez se pide a los participantes que se concentren en los sonidos de la naturaleza al mismo tiempo que miran la pantalla, donde habrá luces de colores que parpadean como elemento visual distractor (anexo 27)

7. Luego de 2 minutos se retiran los estímulos auditivos y visuales (audios y luces de colores) y se pide a los participantes que describan los sonidos de la naturaleza que escucharon.

Momento 3. Finalización del encuentro (5 min)

Se abre un espacio de reflexión para que los participantes compartan cómo se sintieron al intentar ignorar ciertos estímulos, qué estímulos les resultaron más difíciles de ignorar y que estrategias utilizaron.

Momento 4. Transferencia al contexto ecológico (5 min)

Se facilita un espacio de debate sobre cómo este tipo de control inhibitorio puede aplicarse en situaciones cotidianas y se pide a cada participante que identifique dos de estas situaciones. Se les comunica este ejemplo: “Imaginen que están en casa cuidando a su familiar y, al mismo tiempo, hay ruido de la televisión o conversaciones en el fondo. El control inhibitorio perceptual les permite ignorar esos estímulos irrelevantes y concentrarse en la tarea que están realizando, como administrar un medicamento o asistir a su ser querido en una necesidad específica”.

Sesión 6. Inhibición cognitiva y conductual

Actividad 1.

Nombre del encuentro: Stop de pensamiento (Inhibición Cognitiva).

Objetivo de la actividad: Fortalecer la inhibición cognitiva de los participantes, con el fin de reconocer y manejar los pensamientos automáticos e intrusivos que aparecen en momentos de silencio.

Materiales:

- Diapositivas inhibición cognitiva (anexo 28).
- Tambor.
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.

- Sistema de sonido o altavoces.

Tiempo del encuentro: 25 minutos.

Momento 1: Introducción explicativa (5 min)

Con apoyo de diapositivas (anexo 28), se explicará a los participantes: Qué es la inhibición cognitiva. Ejemplos cotidianos de inhibición cognitiva y consecuencias de un déficit en inhibición cognitiva.

Momento 2: Entrenamiento de la función ejecutiva (10 min)

1. Se explica a los participantes sobre la generación de pensamientos automáticos y como se pueden detener por medio de una palabra o un estímulo.
2. Se explica a los participantes que tendremos un espacio de silencio en el cual no se podrá hablar, ni hacer ruidos, ni usar distractores como el celular, entre otros y se pide que durante este tiempo cierren los ojos y piensen en las cosas que deben hacer durante la semana.
3. Se propicia el espacio de silencio durante 4 minutos, con la intención de que se pueda generar en los participantes la generación de sus pensamientos.
4. Luego de esos 4 minutos, se generará un sonido fuerte con un tambor, indicando el "alto" o "pare" del pensamiento automático. En ese momento, los participantes deben visualizar que detienen esos pensamientos intrusivos y los dejan ir. Inmediatamente después del sonido, se les pedirá que redirijan su atención en pensamientos favorables, como los logros que han tenido en su vida que les genere orgullo, para esto, se brindará un espacio de 2 minutos.

Momento 3. Finalización del encuentro (5 min)

Se abre un espacio de discusión y reflexión, en el cual se preguntará a los participantes si lograron enfocar sus pensamientos según las indicaciones, qué pasó cuando escucharon el sonido del tambor y lo que pasó luego de esto. Se refuerza el propósito de esta actividad para un mejor aprendizaje.

Momento 4. Transferencia al contexto ecológico (5 min)

Se pide a los participantes escoger una palabra o un estímulo que puedan utilizar en su vida diaria para detener la generación de los pensamientos automáticos desadaptativos y aplicarlo para su beneficio.

Actividad 2.

Nombre del encuentro: Parada Rítmica (Inhibición Conductual)

Objetivo de la actividad: Mejorar la inhibición conductual por medio del entrenamiento de la técnica “freno inhibitorio”, en situaciones que requieren del control motor.

Materiales:

- Diapositivas de inhibición conductual (anexo 29).
- Canción y señal (anexo 30).
- Instrumentos musicales: pandeetas, maracas, tambores.
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.
- Sistema de sonido o altavoces.

Tiempo del encuentro: 30 minutos.

Momento 1: Introducción explicativa (5 min)

Con apoyo de diapositivas (anexo 31), se explicará a los participantes: Qué es la inhibición conductual. Ejemplos cotidianos de inhibición conductual. Consecuencias de un déficit en inhibición conductual

Momento 2: Entrenamiento de la función ejecutiva (5 min)

1. Se explica a los participantes acerca de nuestra capacidad de tomar control sobre nuestras acciones que a veces son automáticas: “aunque a veces reaccionamos de manera automática ante ciertas situaciones, podemos aprender a detenernos, reflexionar y elegir una respuesta más adecuada. Esto nos ayuda a evitar impulsos que

podrían ser inapropiados o poco útiles en determinados momentos, permitiéndonos actuar de manera más consciente y controlada”.

2. Se entregan instrumentos musicales (tambor, maracas, etc.) a los participantes.
3. Se indica a los participantes que deben de seguir marcando el ritmo de la canción “la pollera colorá” con palmas o con los instrumentos proporcionados, pero deberán detenerse inmediatamente cada que se escuchen la señal de la campana. Luego, deben reanudar cuando la señal desaparezca (la campana sonará durante 10 segundos). Se realizará las señales de la campana durante estos tiempos de la canción: 0:34, 1:13, 1:51, 2:11, 2:33.

Momento 3. Finalización del encuentro (10 min)

Se facilita un espacio de discusión sobre cómo se sintieron durante la actividad, su nivel de dificultad para llevarlo a cabo y que estrategias usaron.

Momento 4. Transferencia al contexto ecológico (10 min)

Se pregunta qué aprendieron y se pide que identifiquen 3 situaciones de su vida cotidiana en las que podrían aplicar lo aprendido y que lo escriban en una hoja de papel que posteriormente podrán llevarse.

Sesión 7. Memoria

La Teoría de la Memoria de Trabajo de Baddeley y Hitch (Creada en 1974) y el Modelo de Autocontrol y Estrategias Metacognitivas (Zimmerman, 2002, citado en Núñez, Solano, González y Rosario, 2006) ofrecen un marco teórico robusto que justifican las actividades en esta sesión. La primera describe cómo el cerebro procesa y manipula información a corto plazo mientras realiza tareas cognitivas complejas. Propone un sistema dinámico compuesto por: el Ejecutivo Central, encargado de supervisar y coordinar; el Bucle Fonológico, que maneja información verbal y auditiva; la Agenda Visuoespacial, responsable de la información visual y espacial; y el Buffer Episódico (añadido en 2000), que integra información de la memoria de trabajo con la memoria a largo plazo. Este modelo, con capacidad limitada, es esencial para el aprendizaje, la resolución de problemas y la atención, y ha sido clave para comprender trastornos cognitivos y diseñar estrategias educativas y terapéuticas (Baddeley, A. D., Hitch, G., & Allen, R. 2001). Por otro lado, el modelo de autocontrol resalta la importancia de la metacognición, que se refiere a la capacidad de

reflexionar sobre y regular los propios procesos de pensamiento. Al fomentar la autorreflexión, los cuidadores pueden evaluar sus propias habilidades de memoria y detectar áreas de mejora.

Justificar la inclusión de actividades relacionadas con la memoria se vuelve esencial en este contexto, ya que el síndrome de cuidador quemado a menudo afecta la capacidad de atención y la memoria a corto plazo. Las actividades que promueven técnicas de memorización, organización de la información y la elaboración de estrategias de recuperación no solo ayudan a fortalecer las capacidades cognitivas, sino que también empoderan a los cuidadores para que se conviertan en participantes activos en su propio proceso de aprendizaje. Al incorporar estos enfoques, se busca no solo mejorar la memoria, sino también reducir el estrés asociado con el cuidado, lo que puede contribuir a un mayor bienestar general y una mejor calidad de vida para estos cuidadores.

Nombre del encuentro: Escucho y recuerdo

Objetivo de la actividad: Fortalecer la memoria de trabajo mediante una actividad práctica basada en la asociación multisensorial de estímulos (sonidos, imágenes y movimientos), con el fin de mejorar su capacidad de atención, retención y recuperación de información en su contexto de cuidado.

Materiales:

- Instrucción explicativa (anexo 31).
- Instrucción explicativa (anexo 32).
- Ejercicio de entrenamiento 1 (anexo 33).
- Ejercicio de entrenamiento 2 (anexo 34).
- Ejercicio de entrenamiento 3 (anexo 35).
- Ejercicio de entrenamiento 4 (anexo 36).
- Ejercicio de entrenamiento 5 (anexo 37).
- Ejercicio de entrenamiento 6 (anexo 38).
- Ejercicio de entrenamiento 7 (anexo 39).
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.
- Sistema de sonido o altavoces.

Tiempo del encuentro: 45 min

Momento 1: Introducción explicativa (10min)

Se proyectarán las diapositivas (anexo 31 y anexo 32) y se explicará a los participantes, que es la memoria, tipos de memoria, impacto del estrés en la memoria y estrategias de entrenamiento, especificando cuales de estas se usarán durante el ejercicio práctico y serían útiles para ser usadas en su contexto ecológico con el fin de fortalecer su rol de cuidador, disminuyendo factores estresantes asociados a las malas prácticas por dificultades de memoria.

Momento 2: Entrenamiento de la función ejecutiva (20min)

1. Dar instrucciones iniciales a los participantes acerca de acciones que deben realizar al escuchar un sonido y que cada uno de estos estará acompañado de una imagen que irá apareciendo en la pantalla.
 - Se preguntará: “¿cómo creen que lo harán? y ¿qué estrategias podrían usar para recordar las acciones y animales?” (Predicción y evaluación del rendimiento propio).
2. Cuando aparece el sonido, a su vez aparecerán animales en la pantalla acompañando el sonido y acción, de la siguiente manera, campana: jirafas (anexo 33), piano: colibrís (Anexo 34), flauta: sapos (anexo 35), maracas: elefantes (anexo 36), platos: abejas (Anexo 37), arpa: tortugas (anexo 38), acordeón: tucanes (anexo 39), (Memoria sensorial).
3. Con el fin de realizar un proceso de codificación, se les preguntará a los participantes acerca de que animal se asocia con que sonido de manera aleatoria. Ejemplo: “¿Que animal acompaña el sonido de la campana?, ¿Que sonido acompaña a la imagen de abeja?”
4. Las instrucciones se van aumentando a medida que avanza la actividad, iniciando con dos e incorporando en ocasiones una y en ocasiones dos (Memoria de trabajo)
 - Con cada instrucción dada se darán 3 minutos para repetir mentalmente las instrucciones.
 - En la instrucción 4 se establecerá una pausa con el fin de reflexionar acerca del desarrollo y respuesta al ejercicio y ajustar estrategias en caso de ser necesario.
5. Los sonidos estarán asociados con un movimiento corporal de la siguiente manera: *campana*: alzar los brazos, *piano*: bajar los brazos, *flauta*: saltar, maracas: media

vuelta, *platos*: sentarse, *arpa*: equilibrio en un solo pie, *acordeón*: pararse derecho (Memoria de trabajo)

6. A medida que suenan los sonidos los participantes deberán realizar el movimiento corporal que se indica.
7. Una vez se tengan incorporadas las 6 instrucciones, se llevará a cabo de manera aleatoria la presentación de los sonidos identificando la participación de los asistentes (Memoria a mediano plazo).
 - Antes de iniciar este paso, se dará un espacio de 3 minutos para repetir mentalmente las 6 instrucciones.
8. Al finalizar se preguntará acerca de que animales acompañaban cada sonido (Memoria a largo plazo).


Momento 3. Finalización del encuentro (10min)

Se realizará una retroalimentación del ejercicio práctico en donde se pretende recoger los comentarios de los participantes acerca de la actividad, los desafíos y estrategias para superar los mismos.

Momento 4. Transferencia al contexto ecológico (5min)

1. Observa tu rutina diaria como cuidador y elige un momento clave en el que sueles olvidar algo o en los que te gustaría mejorar tu memoria.
2. Asocia cada momento con una imagen mental y dibuja un símbolo sencillo que represente la acción que necesitas recordar, pegarla en una parte visible del lugar en donde normalmente se desarrolla dicha actividad.

Ejemplo:

Momento del día	Imagen o símbolo asociado	¿Cómo me ayudó a recordar?
Ejemplo: Preparar la comida de mi familiar sin sal.		Pegarla en el recipiente de la sal me ayuda a recordar que a su preparación no debo adicionar sal.

Reflexiona: piensa y evalúa si la estrategia de asociación con imágenes te facilitó recordar y si puedes realizar lo mismo para entrenar la memoria con otras responsabilidades del cuidado.

Sesión 8. Planificación y organización

Planificación y organización, son entendidas como una función ejecutiva que hace parte de la vida cotidiana y actividades de mayor proceso cognitivo. *“Dichas funciones se ponen de manifiesto cuando la persona debe ordenar y priorizar la información, plantearse objetivos y secuenciar los pasos necesarios para lograrlos”* (Caballero, C. 2023).

Por su parte Anderson (2002) tomado de Caballero, C. 2023), en su teoría de Sistemas de control ejecutivo refiere que las funciones de planificación y organización se unen con cuatro dominios independientes: procesamiento de la información, control atencional, flexibilidad cognitiva y establecimiento de objetivos.

- Control atencional *“se refiere a la capacidad para atender selectivamente a un estímulo específico”* (Bauselas-Herreras, 2014. Tomado de Caballero, C. 2023).
- Flexibilidad cognitiva *“incluye la habilidad para pasar a nuevas actividades, hacer frente a cambios en las rutinas, aprender de los errores y elaborar estrategias alternativas, multitareas y procesos de almacenamiento temporal (memoria de trabajo)”* (Bauselas-Herreras, 2014. Tomado de Caballero, C. 2023)
- Establecimiento de objetivos *“refiere a la iniciativa, razonamiento conceptual y habilidad de planificación (anticipar futuros eventos, formulación de un objetivo, desarrollo de pasos para conseguir un objetivo)”* (Bauselas-Herreras, 2014. Tomado de Caballero, C. 2023).
- Procesamiento de la información *“se centra en la velocidad, fluencia y eficiencia para completar tareas nuevas o para resolver un problema”* (Bauselas-Herreras, 2014. Tomado de Caballero, C. 2023).

Los cuidadores informales son una parte importante en la vida de pacientes que presentan algún tipo de alteración cognitiva o física, siendo la calidad de vida del enfermo gran parte de persona que lo cuida. Las estrategias de afrontamiento como disposición positiva en la salud psicológica, desde allí se parte en reconocer que estas personas en su rol enfrentan situaciones estresantes, la planificación y organización de tareas contribuye que contribuyan a la organización del paciente y autocuidado del cuidador, de igual manera el

apoyo social como familia y amigos se considera como fundamental en la calidad de vida de un cuidador informal y prevención de alteraciones de nivel psicológico. García et al, (2016); Urbano y Amaya (2011); tomado de Capera, Y. Gordillo, N y Lar, P (2019).

Nombre de la actividad: Armando y creando

Objetivo del encuentro: Incrementar el uso de estrategias de planificación y organización en los participantes, que les permita aplicarlas en tareas de su cotidianidad.

Materiales:

- Introducción explicativa (anexo 40).
- Planificación del día (anexo 41).
- Rompecabezas (anexo 42).
- Uniendo la canción (nivel 1 - canción 1) (anexo 43).
- Uniendo la canción (nivel 1 - canción 2) (anexo 44).
- Uniendo la canción (nivel 2 - canción 3) (anexo 45).
- Uniendo la canción (nivel 2 - canción 4) (anexo 46).
- Uniendo la canción (nivel 3 - canción 5) (anexo 47).
- Uniendo la canción (nivel 4 - canción 6) (anexo 48).
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.
- Sistema de sonido o altavoces.

Tiempo del encuentro: 45 min

Momento 1: Introducción explicativa (10 min)

Se da inicio explicando a los participantes el objetivo del encuentro y dando el concepto de planificación y organización como función ejecutiva, por medio de diapositivas con información en relación (anexo 40).

Momento 2: Entrenamiento de la función ejecutiva (20 min)

Para dar inicio al encuentro se les presentara “Mi planeador del día” (anexo 41) en el cual se plasma: hora del día / fecha / tareas por cumplir en el día (según prioridad) / ¿Qué

queda para mañana?, se recomienda plasmar esta tabla en un documento nuevo para su debida impresión, agregado más líneas al mismo.

“Mi planeador del día”		
Fecha	Hora	Tarea por cumplir (Según la prioridad)
¿Qué queda para mañana?		

1. Como primer momento se les pide que realicen una lista de aquellas actividades que deben realizar al día siguiente en su rol como cuidadores como mínimo 5 actividades.
2. A partir de esta lista se les pide que las plasmen en “mi planeador del día”, especificando día, hora y organizando según la prioridad de cada una de estas.
3. Durante este se les explica el objetivo del organizar las tareas, ya que estas les permitirá dar cumplimiento a las misma.

Continuidad

4. Para dar continuidad al ejercicio se les presentara un rompecabezas en desorden (anexo 42), durante este se les preguntara ¿qué tienen en cuenta para completar un rompecabezas?, ¿qué paso daría para poder continuar y cumplir con la tarea? A partir de las respuestas se explica sobre la importancia de organizar, priorizar y planificar las tareas del día en su rol como cuidadores. Dando a entender que esta es una función que permite planificar el futuro, trazar el paso a paso y la manera en cómo se permite ejecutar la tarea y/o alcanzar el objetivo.
Este paso tiene como fin tener una preparación para la siguiente actividad.
5. La dinámica de la actividad consta en que se les entregara 6 tarjetas de diferentes colores (Fragmento 1, tarjeta roja. Fragmento 2, tarjeta azul. Fragmento 3, tarjeta amarilla. Fragmento 4, tarjeta rosada. Fragmento 5, tarjeta verde y 6, comodín); como se plasma en Uniendo la canción. El objetivo de la actividad es ir organizando la canción por medio de las tarjetas que corresponden en cada fragmento.
6. Se les explica que tendrán que crear un rompecabezas con las tarjetas “Uniendo la canción” (anexo 43 al 48), en una primer línea se encuentran los fragmentos de la

canción, estos se tendrán que ir escuchando 1 a 1, luego de estos irán organizando cada fragmento según el orden de la canción en la línea inferior donde se encuentran las tarjetas, dentro de este se encuentran un comodín en donde se encuentra el fragmento de la canción (este no se podrá mover o cambiar) este servirá como guiar al participante para unir y entender la canción.

La dinámica de la actividad estará dividida por 4 niveles (esta información solo la tendrá el profesional que desarrolle la actividad), cada uno de estos corresponde a:

Nivel 1 – Explicación de la actividad. (Anexo 43, Anexo 44).

Nivel 2 – Práctica de la actividad. (Anexo 45, Anexo 46).

Nivel 3 – Práctica de la actividad (Anexo 47).

Nivel 4 – Final del ejercicio (Anexo 48).

Nivel	Canción	Fragmentos
Nivel 1	1. Himno nacional de Colombia	Parte 1 - Fragmento 2 Parte 2 - Fragmento 1 Parte 3 - Fragmento 3
	2. Colombia tierra querida	Parte 1 - Fragmento 3 Parte 2 - Comodín Parte 3 - Fragmento 4 Parte 4 - Fragmento 1
Nivel 2	3. Coqueta	Parte 0 – Comodín Parte 1 - Fragmento 2 Parte 2 - Comodín Parte 3 - Fragmento 4 Parte 4 – Fragmento 1
	4. Cariñito	Parte 1 - Fragmento 2 Parte 2 - Fragmento 3 Parte 3 - Fragmento 1
Nivel 3	5. La cucharita, se me perdió	Parte 1 - Fragmento 2 Parte 2 - Fragmento 1 Parte 3 - Fragmento 3 Parte 4 – Comodín

Nivel 4	6. Vale la Pena, Juan Luis Guerra	Parte 1 - Comodín Parte 2 - Fragmento 4 Parte 3 - Comodín Parte 4 – Fragmento 2 Parte 5 – Fragmento 5
---------	--------------------------------------	---

Se les explicará a los participantes sobre lo importancia de organizar y planificar una tarea, esto se hará con el nivel 4 – canción 6; en donde se presenta una canción que tal vez es poco conocida y con varios distractores (instrumentos musicales y ritmos) que puede generar confusión, pero a pesar de esto se puede dar cumplimiento a la tarea, es así como: Planificar, es programar y comprender el desarrollo de la actividad. Organizar, es desarrollar y ejecutar la actividad.

Nota: En el desarrollo de la actividad se irán uniendo cada uno de los fragmentos en la tarjeta que corresponde, hasta tener por completo la canción. Se repetirá como máximo 3 veces los fragmentos.

Momento 3: Finalización del encuentro (10 min)

Se realizará una retroalimentación del ejercicio práctico en donde se pretende recoger los comentarios de los participantes acerca de la actividad, los desafíos y estrategias que utilizaron para superar los mismos.

Momento 4: Transferencia al contexto ecológico (5 min)

Como finalidad del encuentro, se hace una breve conclusión de lo trabajado con “uniendo la canción” y este como se relaciona ahora con “mi planeador del día”, sobre este se explica que: “Uniendo la canción permite ejecutar la función de planificación y organización, en este caso organizando paso a paso, uniendo cada fragmento de la canción hasta obtener la canción completa. En cuanto a “mi planeador del día” cumple la función de poner en práctica la función ejecutiva de planificar y organizar las tareas de mi día, este con el objetivo de priorizar actividades de autocuidado y dar cumplimiento a cada una de las actividades de su rol como cuidador”.

Sesión 9. Toma de decisiones

La toma de decisiones puede definirse como la habilidad para seleccionar el curso de acción más adaptativo entre un conjunto de posibles alternativas conductuales (Bechara, Tranel y Damasio, 2000, como se citó en Genoni, 2018). Es un proceso complejo que involucra distintos factores, tales como la evaluación de los aspectos cognitivos relacionados con la situación, las consecuencias de recompensa o castigo vinculadas a cada alternativa, y las señales emocionales asociadas a las posibles respuestas.

Etapas que forman parte para la toma de decisiones: el primer paso consiste en procesar los estímulos relevantes del entorno, asignándoles significado, clasificándolos y valorándolos emocionalmente. Estos estímulos pueden ser externos, como experiencias vividas, o internos, como nuestras expectativas o creencias previas sobre un tema específico.

En el segundo paso, se generan posibles alternativas para abordar un problema o situación determinada. A medida que se crean opciones, algunas son descartadas y surgen nuevas, lo que resalta la importancia de la flexibilidad cognitiva. Una vez que se toma una decisión, se elabora un plan para evaluar las posibles consecuencias, analizando los riesgos y beneficios involucrados.

En el último paso, se comparan los resultados obtenidos con las expectativas iniciales, asignándoles un valor a esta experiencia. Esto es fundamental, ya que ayudará en futuras decisiones (Estévez, M. s.f.).

La toma de decisiones es una habilidad esencial para los cuidadores informales, ya que constantemente enfrentan situaciones que requieren evaluar opciones, anticipar consecuencias y elegir la mejor respuesta para su bienestar y el de la persona a su cuidado. Trabajar esta habilidad les permitirá afrontar los desafíos diarios con mayor seguridad, reducir la incertidumbre y evitar la toma de decisiones impulsivas o desgastantes, favoreciendo así un cuidado más equilibrado y consciente.

Nombre del encuentro: Camino Musical.

Objetivo actividad: Fortalecer las habilidades de toma de decisiones en los participantes a través del reconocimiento de patrones musicales y la selección de opciones adecuadas.

Materiales:

- Introducción explicativa (anexo 49).
- Camino en zigzag (anexo 50).
- Audios breves (anexo 51).
- Camino de Jazz (anexo 52).
- Camino de Jazz /Instrumento 1 (anexo 53).
- Camino de Jazz /Instrumento 2 (anexo 54).
- Camino de Jazz /Instrumento 3 (anexo 55).
- Camino de Jazz /Instrumento 4 (anexo 56).
- Camino de Jazz /Instrumento 5 (anexo 57).
- Camino de salsa (anexo 58).
- Camino de salsa / Instrumento 1 (anexo 59).
- Camino de salsa / Instrumento 2 (anexo 60).
- Camino de salsa / Instrumento 3 (anexo 61).
- Camino de salsa / Instrumento 4 (anexo 62).
- Camino de salsa / Instrumento 5 (anexo 63).
- Camino música andina (anexo 64).
- Camino música andina / Instrumento 1 (anexo 65).
- Camino música andina / Instrumento 2 (anexo 66).
- Camino música andina / Instrumento 3 (anexo 67).
- Camino música andina / Instrumento 4 (anexo 68).
- Camino música andina / Instrumento 5 (anexo 69).
- Camino música clásica (anexo 70).
- Camino música clásica /Instrumento 1 (anexo 71).
- Camino música clásica /Instrumento 2 (anexo 72).
- Camino música clásica /Instrumento 3 (anexo 73).
- Camino música clásica /Instrumento 4 (anexo 74).
- Camino música clásica /Instrumento 5 (anexo 75).
- Cinta adhesiva de marcaje, 4 colores diferentes.
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.

- Sistema de sonido o altavoces.

Tiempo del encuentro: 45 min

Momento 1: Introducción explicativa (5 min)

Con apoyo en diapositivas (anexo 49), se explicará a los participantes: Qué es la toma de decisiones. La importancia de la toma de decisiones. El proceso de la toma de decisiones.

Momento 2: Entrenamiento de la función ejecutiva (30 min)

Previamente, se traza un camino en zigzag (anexo 52) utilizando cinta adhesiva de marcaje en el suelo, asegurando que haya espacio suficiente para que los participantes se desplacen cómodamente.

Dependiendo del número de participantes, la actividad se puede realizar de manera individual, por parejas o en grupos. Se muestra el camino trazado y se explica que el objetivo es llegar a la meta tomando decisiones correctas en cada punto del trayecto. Para avanzar, deberán identificar los instrumentos que comúnmente se utilizan en un género musical específico y que se escuchan en los audios anexos (anexo 51). Si se equivocan, deberán retroceder un punto, realizar una penitencia y repetir su elección.

Antes de comenzar, se les advertirá que escuchen atentamente un audio breve (anexo 51) que se reproducirá al inicio. Este fragmento, de 3 segundos, pertenece a un género musical específico, pero no se dará ninguna pista sobre su propósito ni se dirá a los participantes qué canción o género es, ninguna pista. Posteriormente, en cada punto del camino, se presentarán dos opciones de instrumentos mediante imágenes: uno que corresponde al género musical del audio y otro que no.

Para avanzar, deberán seleccionar correctamente el instrumento asociado al género musical. Si fallan, tendrán que retroceder, cumplir una penitencia y volver a intentarlo. Al llegar a la meta, se reproduce nuevamente el fragmento musical, y se realiza una retroalimentación explicando que todos los instrumentos correctos estaban relacionados con el género del audio inicial.

Penitencias: (1) realizar un baile corto de música electrónica, (2) cantar el coro de la canción “aserejé” con su respectivo baile, (3) imitar a un cantante famoso. Si se equivocan 3 veces se terminará la actividad.

Nota: esta actividad se puede llevar a cabo con 4 caminos diferentes, lo cual conlleva que también contengan 4 fragmentos de canciones de géneros diferentes y sus respectivos instrumentos, se representa de la siguiente manera:

Camino de Jazz (Anexo 51)	Camino de Salsa (Anexo 57)	Camino de Música Andina (Anexo 63)	Camino de Música Clásica (Anexo 69)
Instrumentos 1 (Anexo 52)	Instrumentos 1 (Anexo 58)	Instrumentos 1 (Anexo 64)	Instrumentos 1 (Anexo 70)
Instrumentos 2 (Anexo 53)	Instrumentos 2 (Anexo 59)	Instrumentos 2 (Anexo 65)	Instrumentos 2 (Anexo 71)
Instrumentos 3 (Anexo 54)	Instrumentos 3 (Anexo 60)	Instrumentos 3 (Anexo 66)	Instrumentos 3 (Anexo 72)
Instrumentos 4 (Anexo 55)	Instrumentos 4 (Anexo 61)	Instrumentos 4 (Anexo 67)	Instrumentos 4 (Anexo 73)
Instrumentos 5 (Anexo 56)	Instrumentos 5 (Anexo 62)	Instrumentos 5 (Anexo 68)	Instrumentos 5 (Anexo 74)

Momento 3. Finalización del encuentro (5 min)

Se discuten las decisiones tomadas y sus consecuencias, también se abre un espacio de discusión para que los participantes expresen que aprendieron en la sesión.

Momento 4. Transferencia al contexto ecológico (5 min)

Se pide a los participantes que identifiquen tres momentos en su rol como cuidadores donde podrían poner en práctica lo aprendido de esta actividad. “Ejemplo: Imaginen que deben decidir si llevan a su ser querido al médico de inmediato o esperan a ver si mejora en casa. Para tomar la mejor decisión, pueden evaluar los síntomas actuales, las posibles consecuencias de esperar o actuar, y cómo se sienten al respecto. Aplicando lo aprendido, podrán analizar la situación con calma y elegir la opción más adecuada”.

Funciones ejecutivas cálidas

Sesión 10. Control emocional

La teoría del marcador somático (SMH) es una teoría influyente en las neurociencias en los años 90 por Antonio Damásio en su libro *El error de Descartes* (1994), dentro de este refiere que las decisiones dependen de los cambios homeostáticos sutiles o evidentes del cuerpo. Damásio confirma que el cuerpo envía señales en *“cambios físicos repentinos, inmediatos, que anticipan la toma de decisiones y, sobre todo, los posibles resultados de dichas elecciones, disminuyendo, en gran medida, la carga de trabajo en el posterior proceso racional”*. Desde allí refiere las respuestas somáticas se manifiestan con:

“Sudoración, palpitations cardiacas, crispación muscular, agitación, dolor abdominal, sin haber hecho ningún esfuerzo físico prolongado, sino como resultado de una sensación o de una emoción al escuchar algo o estar frente a una situación en particular en la cual el cuerpo reacciona como si realmente existiera un peligro” (Morandín, F. 2019).

López, M. Millán, P y López, J (2023) refiere que las emociones son reacciones automáticas a estímulos externos (situaciones, personas, etc.) e internos (imágenes mentales, pensamientos, sensaciones fisiológicas, etc.). Es así que refieren dos funciones de las emociones:

- Supervivencia: Las emociones permiten dar información sobre el ambiente y garantizan la supervivencia.
- Comunicación: Los seres humanos necesitan comunicarse para sobrevivir. “El ser humano es un ser social y gracias a la cooperación hemos podido evolucionar como especie. Las emociones permiten funciones sociales, como son las de facilitar la interacción social, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial”. El proceso de comunicación se transmite a través de la comunicación no verbal y/o para verbal.

De igual forma López, M. Millán, P y López, J (2023) refiere dos tipos de emociones:

- Emociones primarias: son aquellas respuestas a estímulos externos e internos que, determinada la respuesta o comportamiento. Estas emociones surgen en los primeros años de vida y sirven de base en el desarrollo de emociones y sentimientos. Estas emociones básicas son: miedo, alegría, tristeza, ira, asco y sorpresa.

- Emociones secundarias: estas se desarrollan posterior a las primeras, pero continúan teniendo lugar en momentos primarios de vida. Las emociones secundarias expresan pensamientos, creencias y expectativas. Se desarrollan a partir de los 2 a 3 años, y dependen del contexto y la cultura. Un ejemplo de estas es: La envidia, la vergüenza, el ansia, la resignación, los celos, la esperanza, la nostalgia, el remordimiento y la decepción.

Es así como Jiménez, A. (2018) describe los tres canales de respuesta emocional:

- Fisiológico: “patrones de respiración, ritmo cardiaco, contracciones estomacales, etc.”.
- Expresivo: “patrones posturales, expresión facial, etc”.
- Cognitivo o subjetivo: discriminación, etiquetación, atribución, interpretación y valoración, etc.

Desde el modelo de Mayer y Salovey (1997) tomado de Berrocal, F y Pacheco, A. (2005), refiere que la IE se conceptualiza a partir de cuatro habilidades básicas:

- Percepción emocional. Hace referencia al identificar y reconocer los propios sentimientos y de aquellos que lo rodean. Implica el prestar atención, reconocer las señales emociones (expresiones faciales, movimientos corporales y tono de voz).
- Facilitación o asimilación emocional. Esta habilidad se centra en como las emociones afectan el sistema cognitivo y como el estado afectivo afecta para la toma de decisiones.
- Comprensión emocional. Es la habilidad de reconocer las señales emocionales, etiquetar las emociones y reconocer como se categorizan los sentimientos. Así mismo reconocer como se combinan los diferentes estados emocionales (emociones secundarias).
- Regulación emocional. Hace referencia a las habilidades para regular las propias emociones y las de otros, esto a partir de diversas estrategias de regulación emocional que modifican el estado emocional.

Cuidador es definido como aquella persona asiste o cuida a otra persona quien presenta algún tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulte o impida el desarrollo normal de sus actividades diarias o relaciones sociales. Es así como se identifican aquellos síntomas del cuidador, la sobrecarga se entiende como un estado psicológico que conlleva un trabajo físico, presión emocional, restricción social, demandas económicas que conlleva el cuidado

de un enfermo. “El nivel de sobrecarga que el cuidador perciba es un proceso complejo y que, además, lo estresa” dicho factor depende de diferentes factores tanto del paciente como el cuidador, entre estas se presentan características como edad, sexo, patología tanto del paciente como del cuidador, hijos pareja y trabajo, demandas psicosociales, evaluaciones cognitivas, respuestas fisiológicas, vínculo afectivo y apoyo social, esta percepción puede ser objetiva o subjetiva. La carga subjetiva puede definirse como una reacción emocional “*que la persona siente ante la experiencia de cuidar y está asociada con actitudes y reacciones emocionales*” y objetiva se define como “*el grado de perturbación o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y la vida de los cuidadores*” (Acrich, 2000; Dillehay & Cown, 2001; Zarit, Reeve & Bach-Peterson, 1980; Martínez Gonzales, et al., 2008. Tomado de Candelaria, M. 2013).

El síndrome del cuidador quemado consiste en un desgaste a nivel emocional y físico experimenta alteraciones emocionales que se manifiestan en alteraciones de la conducta, carácter y psicósomáticas tales como “angustia, alergias, afecciones de la piel, cefaleas, lumbalgias, trastornos gástricos e intestinales” (Candelaria, M. 2013).

Nombre del encuentro: Al ritmo de mi emoción

Objetivo de la actividad: Incrementar las habilidades de reconocimiento y gestión emocional de los participantes, por medio de la técnica de respiración diafragmática apoyada por la música.

Materiales:

- Instrucción explicativa: emociones (anexo 76).
- Ejercicio práctico “Conociendo mis emociones” (anexo 77).
- Ejercicio de respiración 4x4 (anexo 78).
- Metrónomo.
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.
- Sistema de sonido o altavoces.

Tiempo del encuentro: 45 min

Momento 1: Introducción explicativa (15 min)

Se realizará una psicoeducación sobre: ¿qué es una emoción?, los tres canales de respuesta (fisiológico, expresivo y cognitivo) ¿qué son las emociones primarias y emociones secundarias?, por medio de la presentación de diapositivas con información en relación (anexo 76).

Momento 2: Entrenamiento de la función ejecutiva (15 min)

Durante el desarrollo de la tabla “Conociendo mis emociones” (anexo 77) se irá haciendo la reflexión de la importancia de identificar los tres canales para dar respuesta a los mismos, para el ejercicio se les pide que recuerden una situación que les haya ocurrido el día anterior dentro de su rol como cuidadores (se les pide que la plasmen en la tabla), luego de esto ¿Qué pensé sobre esta situación?, ¿Qué sentí? Haciendo referencia a las respuestas fisiológicas y emocionales (lo importante de este es que sean muy explícitos al referir lo que sintieron, ¿Qué hice? El cómo respondí a la situación, durante este se validará cualquier que haya sido su respuesta. Y por último que canción considera que puede representar la situación.

Conociendo mis emociones				
Situación	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?	Canción

Momento 3: Finalización del encuentro (10 min)

Se pondrá en práctica la técnica de respiración diafragmática 4x4 (anexo 78). Se iniciará explicando que esta es una técnica de gestión emocional que permitirá dar manejo a situaciones estresantes que se puedan presentar en el día, como se plasma “Al ritmo de mi emoción”

Se darán las siguientes indicaciones, mostrando cada uno de los pasos y se les pide a los participantes que copien cada uno de estos:

1. Póngase en una posición cómoda. Sentado con espalda recta. Mano derecha en el pecho y mano izquierda en el estómago. La mano en su pecho no debe moverse. La mano encima de su estómago permitirá que sienta su estómago subir y bajar al respirar. Respiración diafragmática 4x4.
2. Se explica que se inhala por la nariz, se sostiene en el estómago y se exhala por la boca.

- Se explicará que cada que suene la campana corresponde a una indicación (línea del cuadro), inhala, sostiene y exhala. El conteo de los cuatro tiempos se hará con el metrónomo.

Momento 4: Transferencia al contexto ecológico (5 min)

Como finalidad del encuentro, se hace una breve conclusión de este y se les recuerda como tarea seguir realizando la tabla “Conociendo mis emociones” y poniendo en práctica la respiración diafragmática, mostrando en este el objetivo que tiene cada una de estas. Como se muestra en el siguiente ejemplo:

Conociendo mis emociones				
Situación	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?	Canción
Tuve una situación de estrés en mi rol como cuidadora	Creo que todo lo estoy haciendo mal y que siempre falta algo	Presión en el pecho, sudoración y respiración agitada	Puse en práctica la respiración 4x4	Sonido de las aves

Sesión 11. Gratificación diferida y autocontrol

El autocontrol, según Baumeister y Heatherton (1996), se define como la capacidad de regular impulsos y emociones, lo que permite a los cuidadores tomar decisiones más reflexivas y adaptativas en situaciones desafiantes, lo que es especialmente relevante en el contexto del cuidado de otros. Esta habilidad es esencial para manejar el estrés y evitar comportamientos reactivos que pueden afectar tanto su bienestar como la calidad del cuidado brindado. Por otro lado, la gratificación diferida, un concepto estudiado por Walter Mischel (1972) en el famoso ejercicio del marshmallow, implica la capacidad de posponer recompensas inmediatas a favor de beneficios mayores a largo plazo. Mischel encontró que aquellos que podían esperar por recompensas mayores tendían a tener un mejor rendimiento en diversas áreas de la vida, lo que resalta la importancia de cultivar esta habilidad en los cuidadores. Este ejercicio fue ajustado, enfocándolo en la población objetivo y su vinculación con la música (Mischel, 1972, como se citó en Viúdez, 2019).

El entrenamiento en gratificación diferida en cuidadores informales con síndrome del cuidador quemado o en riesgo de desarrollarlo es fundamental, ya que su labor demanda una alta capacidad de autocontrol y planificación a largo plazo. En este contexto, la tendencia a priorizar necesidades inmediatas como atender urgencias constantes puede generar una fatiga crónica y dificultar la implementación de estrategias de autocuidado. Al entrenar esta función ejecutiva mediante ejercicios estructurados, los cuidadores pueden fortalecer su capacidad para manejar el estrés, establecer prioridades y equilibrar sus necesidades con las de la persona a su cargo. Además, la vinculación con la música permite que este aprendizaje se realice de manera experiencial, facilitando la internalización de estrategias de autorregulación emocional y promoviendo un mayor bienestar a largo plazo.

Nombre del encuentro: Paciencia en acción.

Objetivo de la actividad: Fortalecer las habilidades de autocontrol y gratificación diferida en los participantes, a través de actividades apoyadas en la música y dirigidas a su contexto ecológico.

Materiales:

- Video introductorio (anexo 79).
- Introducción explicativa autocontrol (anexo 80).
- Estrategias (anexo 81).
- Encuesta de frutas (anexo 82).
- Mix musical (anexo 83).
- Frases (anexo 84).
- Situaciones como cuidadores (anexo 85).
- Preguntas orientadoras (anexo 86).
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor con audio.
- Tablero.
- Marcadores borrables.
- 3 frutas por participante.

Tiempo del encuentro: 45min

Momento 1: Introducción explicativa (10min)

Se les mostrará un video (anexo 79) con relación al tema de la sesión. Una vez finalizado se les pedirá que escriban en un tablero que tema creen que se desarrolla en la sesión según lo visto. A partir de las respuestas se dará la introducción del tema autocontrol y la gratificación diferida, mostrando a su vez diapositivas (anexo 80) con la información de que es, beneficio en el rol de cuidadores, el autocontrol, relación con el agotamiento, interferencia del estrés.

Para la segunda parte de este momento, se expondrán algunas estrategias prácticas que se pueden adoptar para su entrenamiento y aplicación en el contexto ecológico (anexo 81).

Momento 2: Entrenamiento de la función ejecutiva (20min)

En este momento se realizará un ejercicio práctico, en donde se tendrán espacios para la aplicación de las estrategias explicadas en el momento anterior.

Antes de la sesión, se debe aplicar una encuesta (anexo 82) para identificar las frutas preferidas por el grupo de manera unánime, por ejemplo, uvas. Esto permitirá realizar el ejercicio utilizando sabores que sean del agrado de los participantes.

Antes de dar inicio se alienta a los participantes a imaginar el momento en que podrán disfrutar de todas las frutas si esperan hasta el final de la actividad, invitando a oler y tocar las frutas que tienen a su disposición cada uno. Esto puede ayudarles a conectar la gratificación diferida con una imagen positiva y deseada (Visualización de las recompensas/futuro).

Guía para el terapeuta: “Tomen las frutas en sus manos y exploren cada detalle con calma. Sientan su textura, deslizando los dedos por su superficie: ¿es lisa y tersa?, ¿tiene una ligera rugosidad?, ¿o es firme y con pequeñas irregularidades? Ahora, acérquenla lentamente a sus labios, sin morderla aún, solo sintiendo su temperatura y textura contra la piel. ¿Es fría y refrescante o tibia y suave? Perciban cómo la simple cercanía aumenta el deseo de probarla. Ahora, acérquenla a su nariz y respiren profundamente, permitiendo que su aroma dulce y fresco despierte su apetito. Perciban la fragancia sutil que emana, quizá un toque cítrico o un poco dulce, piensen que les hace imaginar su olor. Observen su color: ¿es de un rojo intenso y brillante, de un amarillo dorado o de un verde vibrante? Noten cómo la luz resalta sus

matices y cómo su forma se adapta perfectamente a su mano. Imaginen el momento en que finalmente podrán probarla. Visualicen la sensación al morderla: el estallido jugoso y el dulzor refrescante. Visualicen la sensación de saciedad que vendrá después de disfrutarla. La fruta no solo satisface el antojo, sino que también aporta una sensación de bienestar, nutriendo el cuerpo con su dulzura natural, sin necesidad de recurrir a opciones menos saludables. Imaginen cómo la pulpa jugosa se deshace en su boca, dejándoles una sensación ligera pero satisfactoria, proporcionando energía sin pesadez”.

También se reflexionará acerca de las condiciones del ejercicio, enfocando el autocontrol y las decisiones informadas. Se pueden abordar los sentimientos acerca de la espera (Reevaluación de Consecuencias).

Guía para el terapeuta: “Ahora piensen en la decisión que tienen: pueden elegir comer una sola fruta ahora o esperar y disfrutar la experiencia completa con las tres. Imaginen lo placentero que será saborear cada una, combinando sus texturas y sabores, disfrutando del contraste entre ellas. ¿Qué les genera más satisfacción: un pequeño placer inmediato o la promesa de un disfrute mayor si esperan un poco más? Noten cómo la anticipación puede hacer que el momento final sea aún más gratificante. Si en algún momento sienten el impulso de probarla antes, recuerden esta imagen y piensen en cómo esperar puede hacer que la recompensa sea aún más grande y placentera.”

1. Se pondrán varias canciones de diferentes géneros: mix. de música (Anexo 83); las cuales irán cambiando entre un género y otro. Se incitará a los participantes a cantar, aplaudir y llevar el ritmo de la música con algunos instrumentos que se tendrán disponibles (Distracción intencional)
2. Habrá 10 momentos en los que esta dinámica musical, cambiará a música jazz que dará un ambiente tranquilo. En los momentos 2,5,7 se repetirá la siguiente instrucción: “Recuerden que, al esperar, no solo estarán disfrutando de más frutas, sino que también estarán fortaleciendo su autocontrol” (Refuerzo de la Importancia de la Espera)
3. Cada participante tendrá en su mano dentro de una servilleta 3 frutas
4. Se dará la instrucción al inicio de la actividad de la siguiente manera: “podrán tomar una fruta solo cuando esté sonando la música de jazz tranquila, y podrán tomar la decisión según su consideración, entendiendo que tendrán mayor recompensa si eligen tomar las frutas en los dos últimos momentos”

- “Si toman una fruta en alguno de los (8) primeros espacios de música jazz tranquila: se retirarán las demás frutas y no podrán continuar participando del ejercicio (recompensa inmediata)
- Si toman una fruta en alguno de los (2) últimos espacios de música jazz tranquila: podrán tomar la cantidad total de frutas (recompensa mayor a largo plazo)
- Se pedirá que mientras suenan las canciones caminen por el lugar y lean algunas frases (Anexo 83) que estarán pegadas en la pared, ej. “Cada momento que espero me acerca más a mi objetivo” (Auto diálogo positivo)

Las piezas musicales se reproducirán de la siguiente manera:

1. Música bailable: 15 segundos.
Música jazz: 10 segundos.
2. Música bailable: 20 segundos.
Música jazz: 17 segundos.
Instrucción: “Recuerden que, al esperar, no solo estarán disfrutando de más frutas, sino que también estarán fortaleciendo su autocontrol”.
Pausa de reflexión: 1 minuto.
3. Música bailable: 30 segundos.
Música jazz: 20 segundos.
4. Música bailable: 9 segundos.
Música jazz: 26 segundos.
Pausa de reflexión: 1 minuto.
5. Música bailable: 5 segundos.
Música jazz: 10 segundos.
Instrucción: “Recuerden que, al esperar, no solo estarán disfrutando de más frutas, sino que también estarán fortaleciendo su autocontrol”.
6. Música bailable: 45 segundos.
Música jazz: 32 segundos.
Pausa de reflexión: 1 minuto.
7. Música bailable: 22 segundos.
Música jazz: 13 segundos.
Instrucción: “Recuerden que, al esperar, no solo estarán disfrutando de más frutas, sino que también estarán fortaleciendo su autocontrol”.

8. Músicaailable: 4 segundos.
Música jazz: 7 segundos.
Pausa de reflexión: 1 minuto.
9. Música jazz: 6 segundos (Penúltimo momento de música tranquila).
Músicaailable: 50 segundos.
Música jazz: 38 segundos (Último momento de música tranquila).
Fin de la actividad.

Cada dos momentos de música relajante, se pausará la actividad durante 1 minuto para reflexionar acerca de sus emociones y pensamientos que genera el ejercicio en relación con el tema trabajado (atención plena)

Al final de la actividad, se reconoce y celebra a aquellos que pudieron esperar y disfrutar de la recompensa mayor.

Cabe aclarar que a los participantes se les indicará la duración total de la actividad (20min) y la cantidad de cambios que habrá en la música (19), serán 10 espacios de música tranquila y 9 espacios de músicaailable, esto con el fin de crear una medida para que el participante sepa en qué momento tomar las frutas.

Momento 3. Finalización del encuentro (15min)

Para dar cierre a la sesión se muestran varias situaciones (anexo 85) en relación con su rol de cuidadores y se motiva a reflexionar en cada una de ellas y las estrategias de autocontrol y gratificación diferida que se podrían usar, por medio de preguntas orientadoras (anexo 86) que incentiven el dialogo y la discusión de lo aprendido para el día a día.

Situación ejemplo:	Estrategias posibles: (Guía para el profesional)
Cuando los cuidadores sienten que están abrumados por las demandas del cuidado	Técnica de la pausa, la autorreflexión, atención plena: En una libreta se pueden enlistar las emociones que está sintiendo en ese momento y junto a cada una de ellas un pensamiento que acompaña la misma.
Ante la necesidad de decidir rápidamente cómo manejar una	Postergación intencional: Pedirle a la persona con conflicto que te permita un tiempo establecido con el fin de regular la emoción

situación con la persona bajo su cuidado (conflicto).	comunicando que al terminar este tiempo se llevará a cabo el dialogo y la toma de decisión necesaria para la situación; durante este tiempo se realizará alguna técnica de regulación emocional que se haya entrenado. (ej. Respiración diafragmática).
Cuando sienten que deben sacrificar su tiempo personal o bienestar por las necesidades del cuidado.	Compromiso previo: Ante esta situación se puede planear (fecha y lugar) una actividad que genere placer para realizar como refuerzo a la actividad que genera fatiga. Ej. Escuchar un par de canciones en un volumen medio mientras se toma un agua aromática. Tomar una ducha de agua caliente con música.
Cuando sienten la tentación de optar por comida rápida o poco saludable debido al cansancio o la falta de tiempo.	Visualización de recompensas/futuro: Hacer una lista de los beneficios que traería en el momento y a futuro tomar una y/o la otra decisión y con base en ello poder optar por la elección que tenga mayor beneficio. Ej. Comida rápida: +Fácil acceso -Problemas digestivos -Baja nutrición Comida Saludable: +Tener buena digestión +Tener energía -Esfuerzo
Al intentar equilibrar las tareas del hogar, el cuidado y otros compromisos.	Fraccionamiento de metas: Dividir las tareas en metas pequeñas alcanzables durante la semana: Lunes: barrer Martes: limpiar el polvo Miércoles: trapear

	<p>Jueves: recoger regueros</p> <p>Viernes: limpiar cocina</p>
<p>Al enfrentarse a la frustración de que la persona bajo su cuidado no siga las indicaciones o rechace su ayuda.</p>	<p>Reevaluación de consecuencias/auto diálogo positivo:</p> <p>El cuidador puede tomar una respiración profunda y repetir mentalmente frases como: "No es personal, es parte de su condición". Luego, puede retirarse unos minutos, reorganizar su enfoque y volver con una nueva estrategia, por ejemplo, ofreciendo opciones en lugar de órdenes.</p>
<p>Cuando necesitan gestionar recursos económicos limitados entre las necesidades del cuidado y sus propios gastos personales.</p>	<p>Compromiso previo/planificación de prioridades:</p> <p>Destinar una parte fija del presupuesto semanal/mensual a necesidades personales y otra a las del cuidado. Se pueden usar sobres de ahorro con etiquetas como "Cuidado", "Gastos personales, para ver cómo el dinero se distribuye.</p>
<p>Al lidiar con el deseo de abandonar temporalmente sus responsabilidades para escapar del estrés.</p>	<p>Compromiso previo:</p> <p>el cuidador puede establecer pequeños momentos de descanso controlados dentro de su tiempo de cuidado, simulando pausas activas: "Si logro completar esta tarea, me regalaré 10 minutos para sentarme y ver el programa en la televisión".</p>
<p>Al posponer citas médicas/personales porque consideran que las necesidades de la persona a su cargo son más importantes.</p>	<p>Planificación con bloqueos de tiempo/Auto diálogo positivo:</p> <p>El cuidador puede marcar en su calendario mensualmente sus citas como "citas inamovibles", entendiendo que su bienestar es esencial para seguir cuidando. Estos espacios pueden ser acordados con su red de apoyo con anterioridad para asegurar el cuidado de la persona a cargo. Además, puede aplicar la regla del "Si yo no estoy bien, no puedo cuidar bien".</p>
<p>En situaciones donde deben controlar su tono o actitud frente a</p>	<p>Atención plena/visualización anticipada/postergación intencionada:</p> <p>En lugar de responder con la misma energía, el cuidador</p>

<p>comportamientos desafiantes de la persona a su cuidado.</p>	<p>puede pedir un espacio de 2 minutos antes de continuar con la charla, con el fin de tener atención plena de sentimientos y pensamientos, contar mentalmente hasta 5 y practicar ejercicios de respiración consciente; mientras este momento se puede visualizar respondiendo con calma. Puede también practicar respuestas para dar espacio a la persona para regular su estado de ánimo, como: "Veo que estás molesto, hablemos de este tema cuando ambos estemos más tranquilos".</p>
<p>Cuando sienten que el cansancio los lleva a descuidar sus hábitos de autocuidado, como la alimentación balanceada o el ejercicio.</p>	<p>Compromiso previo/planificación de acciones de autocuidado: El cuidador puede preparar snacks nutritivos con anticipación y colocarlos en lugares accesibles. También puede comprometerse con una acción de autocuidado semanal como, por ejemplo: "Después de hacer una caminata de 10 minutos, me daré el gusto de ver mi serie favorita"</p>
<p>En momentos en que sienten la necesidad de responder emocionalmente ante un conflicto con la persona a su cargo.</p>	<p>Atención plena/distracción intencional: El cuidador puede hacer una pausa y verbalizar sus emociones, entendiendo como dicha situación está exacerbando sus sentimientos y podría dirigir de manera inadecuada sus acciones, permitiendo evaluar las consecuencias a largo plazo. Luego, puede salir unos minutos a respirar aire fresco u ocuparse en otras funciones.</p>

Momento 4: Transferencia al contexto ecológico

- **Identifica un momento desafiante:** Durante el día, presta atención a una situación en la que te sientas estresado o frustrado como cuidador.
- **Aplica una estrategia de gratificación diferida aprendida:** distracción intencional, reevaluación de consecuencias, auto diálogo positivo, fraccionamiento de metas, atención plena, postergación intencional, compromiso previo.

- **Registra la experiencia:**

Descripción de la situación	Estrategia usada

- **Escribe una reflexión acerca del manejo de la sesión:** comenta qué notaste sobre tu reacción y si la estrategia te ayudó a manejar mejor la situación.

Ejemplo:

Descripción de la situación	Estrategia usada
Estaba atendiendo a mi familiar dependiente y comenzó a inquietarse mucho porque quería salir de la cama, pero sabía que no era seguro. Me sentí frustrado porque no dejaba de insistir y tenía otras tareas pendientes.	En lugar de perder la paciencia o acceder de inmediato, le hablé con calma y le expliqué que en 10 minutos lo ayudaría a levantarse con seguridad. Mientras tanto, respiré profundo y terminé lo que estaba haciendo antes de atenderlo.

Reflexión:

Me di cuenta de que mi frustración venía de sentirme sobrecargado, pero al aplicar la estrategia de postergación intencional, logré manejar mejor la situación. Mi familiar se calmó al saber que pronto lo ayudaría y yo pude atenderlo sin sentir tanta presión.

Sesión 12. Empatía

La empatía es la habilidad de comprender los sentimientos de otros, basado en el reconocimiento del otro, reconociéndolo como un similar. Se entiende esta habilidad indispensable para el ser humano y reconociendo que este es un ser social (López, M. Aran, V. Richaud, M. 2014). Existen dos tipos: empatía cognitiva y empatía afectiva, entendidas también como empatía fría y caliente (Gonzales, S. 2015).

La teoría de la mente (ToM) es una habilidad sociocognitiva que refiere a las relaciones sociales, esto implica que la persona sea capaz de comprender y predecir el comportamiento de los estados mentales propios y ajenos (Dennett, 1978, como se citó en Gonzales, S. 2015). Este es un constructo multidimensional, reconocida como una dimensión cognitiva y afectiva.

- ToM cognitiva, es la habilidad para pensar acerca de o inferir pensamientos, creencias e intenciones de otros, es la habilidad para reflexionar sobre sus propios pensamientos, creencias e intenciones (Dvash y Shamay-Tsoory. 2014. Tomado de Gonzales, S. 2015).
- ToM afectiva, es la habilidad para pensar acerca de las emociones de otros y de sí mismo (Dvash y Shamay-Tsoory. 2014. Tomado de Gonzales, S. 2015).

Empatía cognitiva es la habilidad para reconocer o pensar acerca de emociones (procesamiento explícito) y empatía afectiva, es la habilidad inconsciente y automática para responder las emociones de otros (pensamiento implícito) (Dvash y Shamay-Tsoory. 2014 como se citó en Gonzales, S. 2015).

En el contexto del Síndrome del Cuidador Quemado (SCQ), el agotamiento emocional y la sobrecarga prolongada pueden llevar a la despersonalización, que actúa como un mecanismo de defensa que interrumpe la conexión emocional y empática con los demás. Este fenómeno puede hacer que los cuidadores vean a los pacientes de una manera distante o mecánica, lo que no solo disminuye la calidad del cuidado, sino que también aumenta la insatisfacción laboral. Además, en situaciones donde los pacientes agreden verbal o físicamente, la despersonalización puede intensificarse como una estrategia inconsciente para manejar el impacto emocional del maltrato (García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., & Martínez-Zaragoza, F, 2016). Si el cuidador no cuenta con las herramientas adecuadas para enfrentar estas situaciones, podría adoptar una actitud defensiva o indiferente, lo que afecta tanto su relación con el paciente como su propia estabilidad emocional. La repetición de episodios de agresión, sumada al desgaste emocional, puede reforzar la desconexión y la falta de empatía, aumentando el riesgo de desmotivación y abandono del rol de cuidador (González, M. F., & Landero, R, 2021). Por eso, es crucial desarrollar la empatía cognitiva y emocional. Esta habilidad permite interpretar la agresión como una manifestación del estado de salud o malestar del paciente, en lugar de verlo como un ataque personal. Así, el cuidador puede responder de manera más efectiva, reduciendo el estrés y evitando la despersonalización, lo que contribuye a un cuidado más humanizado y al bienestar del propio cuidador (Pérez-Fuentes, M. C., Molero-Jurado, M. M., Gázquez-Linares, J. J., & Oropesa-Ruiz, N. F, 2020).

Actividad 1.

Nombre del encuentro: Mírame como te miro (empatía emocional).

Objetivo de la actividad: Fomentar la empatía y la comunicación asertiva en cuidadores mediante una intervención grupal con apoyo musical, con enfoque en el síndrome del cuidador quemado.

Materiales:

- Introducción explicativa: empatía. (anexo 87).
- Video expresiones emocionales (anexo 88).
- Video historias cortas (anexo 89).
- Relax ambiental song-01 del autor Jazz Beats Cafe. (anexo 89)
- Relax ambiental song-02 del autor Lof (anexo 92)
- Máscaras inexpresivas.
- Lista de preguntas orientadoras.
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.
- Sistema de sonido o altavoces.

Tiempo del encuentro: 45min

Momento 1: Introducción explicativa (10min)

1. Se abordará espacio de círculo de saberes en relación con los procesos de la empatía y su importancia en el rol del cuidador, por medio de las siguientes preguntas:
 - a. ¿Qué es la empatía?
 - b. ¿Cuáles son los tipos de empatía?
 - c. ¿Qué importancia tiene la empatía en los procesos de cuidado en salud y enfermedad?
2. Espacio psicoeducativo sobre la empatía: implementación de diapositivas (anexo 87) relacionadas con la Teoría de la Mente, las afectaciones emocionales en relación con la despersonalización y la importancia de la empatía en los contextos de cuidado. Los profesionales especificarán las estrategias de entrenamiento en empatía cognitiva y emocional que se utilizarán durante el ejercicio práctico en el contexto de los

cuidadores, con el objetivo de reducir la despersonalización en su rol y entorno laboral.

3. El guía les hablará de la Estrategia: (Cambiando de Perspectiva).

Esta técnica fortalece la empatía cognitiva y emocional en los cuidadores, promoviendo una mayor conexión con las emociones y pensamientos de la persona a su cargo, La técnica de cambio de perspectiva es una estrategia que nos invita a ver las cosas desde el punto de vista de otra persona, lo que nos ayuda a entender mejor sus pensamientos, emociones y motivaciones. Esta habilidad es clave para cultivar la empatía, ya que nos permite ponernos en los zapatos del otro y valorar sus experiencias desde una nueva perspectiva. Al practicar el cambio de perspectiva, también fomentamos la flexibilidad cognitiva, lo que nos ayuda a adaptarnos a diferentes situaciones y a mejorar nuestras relaciones con los demás. Varios estudios han investigado la conexión entre la toma de perspectiva y la empatía, subrayando su relevancia en la interacción social y en la comprensión emocional (Paananen, V., Kiarostami, M. S., Lee, L.-H., Braud, T., & Hosio, S, 2022).

1. **Escucha Activa:** Desarrollo de la capacidad para identificar no solo el contenido verbal del mensaje, sino también las emociones subyacentes en el tono, ritmo y pausas del discurso. Esto permite mejorar la interpretación de las necesidades del paciente, incluso en entornos con distracciones o carga emocional.
2. **Cambio de Perspectiva:** Capacidad autoevaluativa frente al patrón de pensamiento, generando flexibilidad cognitiva al modificar ideas disfuncionales por otras más adaptativas. Permite a los cuidadores comprender la experiencia emocional del otro sin caer en la sobre identificación o el distanciamiento excesivo.
3. **Retroalimentación y Reflexión:** Proceso de análisis en el que se identifican los factores personales y contextuales que pueden influir en la respuesta empática. Favorece el desarrollo de estrategias para autorregular las emociones, evitando la despersonalización y promoviendo un cuidado más humanizado y consciente.

Esta técnica ayuda a los cuidadores a mejorar su respuesta ante situaciones de alta demanda emocional, fortaleciendo su bienestar y la calidad del cuidado brindado.

Momento 2. Entrenamiento de la función ejecutiva (Empatía emocional)

1. Se reproducirá el video de expresiones emocionales (anexo 88) con duración de 04:00 minutos.

2. Se les dará la instrucción a los participantes de identificar y verbalizar que emoción asocian en relación con la expresión emocional.
3. Los profesionales, deben pausar el video en cada expresión emocional e implementar las siguientes preguntas:
 - a. ¿Qué emoción es esta?
 - b. ¿Cómo identificas en los gestos esta emoción?
 - c. ¿Cómo sientes en tu cuerpo esta emoción normalmente?
 - d. ¿Qué señales identificaste para determinar esa emoción?
4. Se abre espacio conclusivo en relación con la actividad, estableciendo dialogo entre los participantes frente a la interpretación de las expresiones faciales y no verbales
5. Cierre de la actividad.

Entrenamiento- Empatía emocional, lenguaje no verbal

1. Se les solicitara a los participantes que usen mascararas blancas
2. Se les dará la siguiente instrucción
 - a. Se les solicitará a los participantes que se centren en las expresiones no verbales (movimientos de manos, tonalidad de voz, postura, etc) de sus compañeros en relación con la narrativa
 - b. Reproducir Audio (Relax ambiental song-01 del autor Jazz Beats Cafe) establecida en el (Anexo 89) para que suene como tonada ambiental a lo largo del desarrollo de la actividad con el fin de generar un espacio de mayor confort, cuando se termine el audio y la actividad continua reproducir (Relax ambiental song-02 del autor Lofi Timer) (anexo 92)
 - c. Se les solicitara a los participantes que narren desde su historia como ha sido su experiencia como cuidador
 - d. Posterior a las narrativas se abrirá un espacio orientado por la pregunta ¿qué interpretas frente al lenguaje no verbal de tu compañero frente a su historia y su lenguaje no verbal?
3. Finalizar la actividad.

Momento 3. Finalización del encuentro (5 min)

Abrir espacio reflexivo y conclusivo respecto a la ejecución de la actividad por parte de los participantes, en el cual también se abrirá un espacio de retroalimentación por parte del profesional guía respecto al desempeño de la actividad.

Momento 4. Contexto ecológico (5 min)

Se les solicitará a los participantes que apliquen la técnica del sándwich y la modificación de pensamiento en su contexto ecológico y establezcan un autorregistro frente a que percepción y reacción tuvieron de la persona a quien aplicaron esta técnica.

Actividad 2.

Nombre de la actividad: “Piensa lo que pienso”.

Objetivo de la actividad: Mejorar las capacidades de la empatía cognitiva y comunicación asertiva en cuidadores informales, en contextos de cuidado y su rol de cuidador.

Materiales:

- Introducción explicativa: empatía (anexo 87).
- Técnica del Sándwich 1 (anexo 90).
- Técnica del Sándwich 2 (anexo 91).
- Video historia de Alzheimer (anexo 92).
- Lista de casos específicos que permitan procesos reflexivos.
- Lista de preguntas introspectivas y reflexivas.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.
- Sistema de sonido o altavoces.
- Material Audio Visual.
- Lista de preguntas orientadoras y reflexivas.

Momento 1: Introducción explicativa (10min)

1. Se abordará espacio de círculo de saberes en relación con los procesos de la empatía y su importancia en el rol del cuidador, por medio de las siguientes preguntas:
 - a. ¿Qué es la empatía cognitiva?
 - b. ¿Qué importancia tiene la empatía cognitiva en los procesos de cuidado en salud y enfermedad?
2. Espacio psicoeducativo sobre la empatía: implementación de diapositivas (anexo 87) relacionadas con la Teoría de la Mente, las afectaciones emocionales en relación con la despersonalización y la importancia de la empatía en los contextos de cuidado. Los

profesionales especificarán las estrategias de entrenamiento en empatía cognitiva y emocional que se utilizarán durante el ejercicio práctico en el contexto de los

Momento 2. Entrenamiento de la función ejecutiva (20 min) (Entrenamiento- Empatía cognitiva)

1. Se les brindará a los participantes un conjunto de narrativas enfocadas en historias cortas, por ejemplo:

Se mostrará un video (Anexo 89) en el que deben imaginar que hay dos amigos, Ana y Carlos. Ana está organizando una fiesta para celebrar su ascenso en el trabajo y ha invitado a todos sus amigos. Sin embargo, Carlos ha tenido un mal día porque discutió con su jefe y no recibió el ascenso que esperaba. Cuando Ana lo llama para contarle lo emocionada que está por su propia celebración, Carlos se muestra distante y poco entusiasta

2. Por lo tanto, al recibir la historia se les indicara que tomen lo aprendido en las anteriores clases frente al reconocimiento emocional, imagería frente al posible lenguaje no verbal de la persona.
3. Posterior a esto se les solicitará que generen impresiones frente a posibles pensamientos de los casos hipotéticos en relación con el pensamiento por medio de preguntas orientadoras tales como:
 - ¿Cómo cree que va a reaccionar frente a esta situación? ¿Qué crees que esperaría?
 - ¿Qué crees que le impide que se sienta tranquilo o con malestar?
 - ¿Cómo creen que podría estar sintiendo los personajes de la historia?
 - ¿Cómo crees que te sentirías tu si eres parte de la historia?
4. Se hace entrega y entrenamiento a los participantes frente a la técnica del sándwich por medio de la cartilla “pasos técnica del sándwich” (anexo 90 y anexo 91) y por medio de la diapositiva el profesional explica cada paso:

Facilitador:

"Hoy vamos a aprender una técnica muy útil para dar retroalimentación de manera efectiva: la técnica del sándwich. Esta estrategia nos ayuda a expresar nuestras preocupaciones o sugerencias sin generar resistencia o conflicto, facilitando una comunicación más respetuosa y constructiva".

*“Para visualizarla mejor, imaginemos un sándwich. Tiene **cuatro partes esenciales**: **Pan superior**: Inicio positivo **Vegetales**: Introducción suave al problema y **Carne**: Abordaje directo del problema **Pan inferior**: Cierre positivo y solución. Veamos cada una de ellas en detalle.”*

- **Pan Superior: Inicio Positivo** *“Siempre comenzamos con un comentario positivo o un reconocimiento sincero. Esto sirve para suavizar el mensaje y hacer que la persona esté más receptiva vamos con un **Ejemplo**”:*

‘Me gusta mucho tu compromiso con el equipo, siempre aportas buenas ideas.’

“Este primer paso genera un ambiente de confianza y reduce la posibilidad de que la otra persona se ponga a la defensiva.”

- *“Ahora vamos con Vegetales: Introducción Suave al Problema: “Antes de plantear el problema de manera directa, es importante **preparar el terreno** con una observación leve o brindando contexto. Esto hace que la conversación fluya de manera más natural un ejemplo puede ser; ‘A veces, en las reuniones, noto que las conversaciones pueden volverse un poco apresuradas”.*

“Esta introducción permite que la persona reflexione antes de recibir la retroalimentación más específica.”

- *“De tercer lugar tenemos al núcleo del sándwich: el **punto central del problema**. Aquí es importante ser claro y directo, pero sin agresividad. Se deben mencionar hechos concretos y explicar su impacto como ejemplo tenemos: ‘He notado que interrumpes a los demás cuando están hablando, lo que hace que algunas ideas no sean escuchadas por completo.”*

Usar un tono neutral y evitar acusaciones permite que el mensaje sea mejor recibido y más efectivo.”

- *“Finalmente, cerramos el sándwich con otro comentario positivo y una posible solución. Esto ayuda a que la conversación termine en un tono motivador y proactivo una alternativa o ejemplo puede ser: ‘Estoy seguro de que, si das más espacio a los demás para hablar, tus ideas serán aún más valoradas. ¿Qué te parece si intentamos una dinámica en la próxima reunión para mejorar esto?’”*

“Este último paso refuerza la confianza y motiva el cambio sin que la otra persona se sienta atacada.”

“Como pueden ver, la técnica del sándwich es una herramienta sencilla pero muy poderosa. Nos ayuda a dar retroalimentación sin generar rechazo, a fomentar un ambiente de respeto y a mejorar nuestras relaciones interpersonales.

Ahora que ya conocen la estructura, vamos a practicarla en esta actividad para que puedan aplicarla en situaciones reales.”

5. Se reproduce anexo historia de Alzheimer y nuevos pensamientos (anexo 92)
6. Al finalizar el video se da la explicación de pensamientos alternantes en relación con el cuidado y se aborda con las siguientes preguntas
 - ¿Qué pensamientos tiene usted frente al rol del cuidado?
 - ¿Identifican cuáles son sus pensamientos más negativos cuando tiene que cumplir este rol?
 - ¿Qué pensamiento que sea positivo puede reemplazar ese pensamiento negativo?
 - ¿Qué pensamientos podemos positivos generar en el rol del cuidador?
7. Finalmente, pide a los participantes que propongan una posible respuesta asertiva para el personaje principal en relación con su dinámica implementando la técnica del sándwich y la modificación de pensamiento
8. Al narrar los 5 escritos y realizar los puntos 3 y 4 con las diferentes narrativas a su vez se les pedirá a los participantes que piensen en una canción la cual le permita identificarse con la situación que quieran expresar, la cual sea significativa.

Momento 3 Cierre de sesión (10 min).

Abrir espacio reflexivo y conclusivo respecto a la ejecución de la actividad por parte de los participantes, en el cual también se abrirá un espacio de retroalimentación por parte del profesional guía respecto al desempeño de la actividad.

Momento 4 contexto ecológico (5 min)

Se les solicitará a los participantes que apliquen la técnica del sándwich y la modificación de pensamiento en su contexto ecológico y establezcan un autorregistro frente a que percepción y reacción tuvieron de la persona a quien aplicaron esta técnica.

Estrategia: “Cambiando de Perspectiva”

La técnica de cambio de perspectiva es una estrategia que se utiliza en actividades empáticas para fomentar tanto la flexibilidad cognitiva como la empatía, tanto cognitiva como emocional. La idea es que los participantes se pongan en el lugar de otra persona, analizando sus pensamientos, emociones y motivaciones en diversas situaciones. Este ejercicio ayuda a mejorar la capacidad de entender y responder de manera más adecuada a las necesidades emocionales de los demás, algo fundamental en roles de cuidado y atención interpersonal. Investigaciones en neurociencia y psicología han demostrado que practicar la habilidad de adoptar diferentes perspectivas puede mejorar la empatía y la regulación emocional, lo que a su vez fortalece la interacción social y la toma de decisiones en situaciones emocionalmente intensas (Davis, 1983; Decety & Lamm, 2006). Se les da la instrucción de la actividad que van a hacer en sus hogares o contextos ecológicos.

Descripción de la actividad:

Escucha Activa con Ruido de Fondo: A los cuidadores se les presentará un audio que contiene una conversación en la que una persona expresa frustración, tristeza o ansiedad. Por lo tanto, se les solicitará que busquen en YouTube los siguientes videos “Le corté el pelo a una KAREN □□□ - de Que perro hilo” Mientras escuchan la historia se les pedirá que, de forma simultánea reproduzcan el segundo video que es -” Sonido de calle, ciudad, tráfico y gente caminando- The Sound of You The Sound of You (como ruido de fondo y conversaciones superpuestas) para simular las condiciones en las que a veces deben atender a sus pacientes.

Se les pedirá que identifiquen no solo las palabras clave, sino también la emoción subyacente en lo que se dice la protagonista.

Cambio de Perspectiva:

Teniendo en cuenta el anterior video “Nunca cuentes tus secretos en el baño- de Que perro hilo” deberán describir cómo creen que se siente la persona en esa situación y cómo podrían responder desde la empatía cognitiva (una comprensión racional del estado del otro) y la empatía emocional (una conexión afectiva con el estado del otro).

Retroalimentación y Reflexión:

Se discutirá cómo la percepción de la situación puede cambiar dependiendo del nivel de estrés y fatiga de la protagonista y como ellos podrían actuar colocándose en la posición de la protagonista.

Sesión 13. Autocuidado

El autocuidado es la capacidad en la cual las personas promueven salud y previenen la enfermedad, con o sin apoyo profesional.

“La OMS define el autocuidado como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud y para prevenir enfermedades y hacerles frente con o sin el apoyo de un trabajador de la salud o asistencial” (OMS, 2024).

Es así que promover el autocuidado significa que la persona adquiera conocimiento, desarrolle herramientas y estrategias que le permitan resolver problemas cotidianos, dar manejo al estrés e identificar señales que puedan desarrollar un estado de crisis a nivel físico y mental. Sobre este se reconocen dos tipos de autocuidado:

- Autocuidado individual: es entendida por aquellas medidas que adopta la persona como su propio gestor de su salud; el ser consciente de sus necesidades y la importancia de dedicar tiempo para llevarlo a cabo
- Autocuidado colectivo: se puede considerar como una extensión de autocuidado individual hacia otros, hace referencia a acciones planteadas y desarrolladas en cooperación con miembros de una comunidad y familia, que construyen un aspecto físico y social, afectivo y solidario.

El autocuidado se integra a través de cinco dimensiones, estas se encuentran vinculadas en sí y hacen parte del bienestar. Se toma de: Manual de Autocuidado (Cáceres, R. Gonzales, A y Torres, A. S.f).

- **Física:** Se refiere al cuidado del cuerpo.
 - Tener una dieta saludable: Hace referencia a tener una alimentación consciente, aprender a comer basado en decisiones, considerando las necesidades del cuerpo.
 - Realizar actividad física: se promueven estilos de vida más saludables, obteniendo beneficios como: Prolonga una buena calidad de vida, Beneficia la salud mental.
 - Cuidar de la higiene: Algunas de los principales hábitos de higiene que se pueden mencionar son: bañarse adecuadamente, cuidar la higiene dental, cuidar el cabello, lavarse las manos adecuadamente, mantener limpios los espacios o ambientes en los que se convive y cuidar la preparación de los alimentos.
 - Dormir y descansar lo suficiente: Dormir lo suficiente garantiza un mejor rendimiento cognitivo al día siguiente y una menor predisposición a los cambios de humor.

Algunas recomendaciones para garantizar una rutina saludable del sueño son: Cuidar el entorno/ Ser constante/ No consumas estimulantes después de media tarde / No abusar de la siesta/ Procura irte a dormir relajado.

- **Mental:** Se refiere a los pensamientos, ideas y creencias con relación al mundo, reconocer cuales resultan limitantes o nocivas para el propio bienestar.
 - Cuidar los pensamientos: Es importante que se identifiquen aquellas ideas que se tienen sobre el mundo y sobre sí mismos/as.
 - plantean que en el proceso cognitivo existen diferentes habilidades que facilitan el funcionamiento mental: percepción, atención y memoria.
 - Reconocer su estado mental: identificar señales que reflejan un agotamiento mental.
- **Emocional:** Implica aprender a identificar, expresar y transformar estados emocionales y mantener la salud emocional.
 - ¿Hay emociones buenas y malas? - No se puede clasificar las emociones en positivas o negativas, sino que en cómodas o incómodas, agradables o desagradables, porque todas son válidas y contribuyen en momentos determinados con el bienestar, para lograrlo será necesario expresar el sentir.
 - Pasos para expresar la emoción de manera sana: Identificar la emoción y la sensación, Aprender a reconocer las emociones, Prestar atención a la reacción del cuerpo, Realizar una vivencia experiencial con el cuerpo, Intentar ser honesto con lo que se siente y se hace, y Elegir la mejor situación para expresarse.
- **Social:** El autocuidado social involucra las relaciones familiares, amigos, pareja y las personas que nos rodean a lo largo de la vida.
 - Mantener el contacto con personas valiosas: por medio de mensajes, videollamadas, llamadas, publicaciones en redes sociales, a pesar de no haber un contacto físico se convive conociendo sus opiniones, deseos, ideas, estado de salud.
 - Asistir/planear actividades de convivencia con otros: organizar una excursión, ir al museo, participar en una maratón, ir al cine, organizar una fiesta. Todas estas acciones favorecerán el desarrollo de nuevas experiencias y se podrán compartir gustos, habilidades y destrezas.
 - Dejarse escuchar: conversar con otras personas, además de establecer lazos, facilita la comprensión de las emociones y la expresión de problemas o necesidades.

- Escuchar: escuchar a los y las demás facilita el desarrollo de empatía comprendiendo las realidades de cada individuo. Permite reconocer que hay otros y otras que pueden estar pasando por historias similares.
- Gestionar las redes sociales de forma saludable: identifica qué personas deseas que sean parte de tus redes sociales, selecciona aquellas que respeten tus opiniones y no elaboren juicios o violen el derecho a tu privacidad.
- Identificar relaciones saludables: Las relaciones saludables se encuentran libres de violencia física, emocional, sexual y se construyen en base a valores como el respeto.
- **Espiritual:** Hace referencia al fortalecimiento de la conexión con lo trascendental, la fe y la conexión con la energía o el ser superior.
- Religiosidad: Hace referencia a una serie creencias, valores y prácticas ligadas a una institución organizada (Iglesia católica, evangélica, islamista, budista, etc.).
- Espiritualidad: Es un aspecto más universal, es el cultivo de la experiencia de vida y la búsqueda por conectar con lo divino, la comunidad, la vida/naturaleza y consigo mismo.
- Búsqueda de conexión: En esta búsqueda de conexión desde lo emocional y el sentido o propósito personal. Por ello, hay prácticas que trascienden y pueden ser realizadas por cualquier persona para permitirle conectar mejor con sus valores y con quién es en su interior.
- Prácticas - Mantener una práctica diaria de meditación o atención plena. Asistir a un servicio, ya sea religioso o humanístico. Pasar tiempo en la naturaleza y reflexionar sobre la belleza que te rodea. Llevar un diario de gratitud. afirmaciones que fundamentan el sentido de ti mismo y tú propósito.

Para el 2010 en la ciudad de Medellín se reportó la prevalencia de sobrecarga en cuidadores primarios, durante este se reconoce la relación entre la sobrecarga y la mala percepción del estado de salud. En aquellas personas que desempeñan el rol de cuidadores, refieren la aparición de problemas de salud física como mental, *“principalmente síntomas depresivos, muchas de las cuales pueden ser provocadas por las labores propias del cuidado y por el descuido propio de los cuidadores quienes dejan a un lado el autocuidado”* (Torres, B. Agudelo, M, Pulgarin, A y Berbesi, C. 2018).

El cuidador primario es indispensable para el cuidado de aquellas personas que padecen de algún tipo de discapacidad o limitación; sin embargo, el cuidador también es

sujeto con derechos, “la sociedad tiene el reto de disminuir la carga del cuidador primario, apoyándose con programas, planes y proyectos encaminados a mejorar la calidad de vida de los cuidadores”, en donde se empoderen de su salud en acciones de autocuidado y prevención de consecuencias negativas desarrolladas en su rol como cuidadores (Torres, B. Agudelo, M, Pulgarin, A y Berbesi, C. 2018).

Nombre del encuentro: “Siendo también mi prioridad”

Objetivo: Entrenar a los participantes sobre las estrategias del autocuidado individual y colectivo, con el fin de incrementar su importancia y práctica en el contexto ecológico.

Materiales:

- Mitos del autocuidado (anexo 93).
- Psicoeducación Autocuidado (anexo 94).
- Rueda dimensiones del ser (anexo 95).
- Siendo también mi prioridad / Autocuidado físico (anexo 96).
- Siendo también mi prioridad /Autocuidado mental (anexo 97), (anexo 98).
- Siendo también mi prioridad /Reconocer el estado mental (anexo 99).
- Siendo también mi prioridad /Autocuidado emocional (anexo 100).
- Siendo también mi prioridad /Autocuidado social (anexo 101).
- Siendo también mi prioridad /Relaciones sociales (anexo 102).
- Siendo también mi prioridad /Autocuidado espiritual (anexo 103).
- Siendo también mi prioridad /Establecer límites (anexo 104).
- Siendo también mi prioridad /Mi planeador del día (anexo 105).
- Marcadores y lápices.
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.
- Sistema de sonido o altavoces.

Tiempo del encuentro: 45 min

Momento 1: Introducción explicativa (15 min)

Se inicia el encuentro refiriendo el objetivo de este a los participantes y se les harán las siguientes preguntas: ¿Para usted que es el autocuidado?, ¿De qué forma practica el

autocuidado?, sobre estas preguntas se creara la pizarra de “Mitos del autocuidado”, durante esta se les pedirá a los participantes que refieran mitos que tienen o han tenido sobre el autocuidado, durante este se les va a responder si es falso o verdadero, como se muestra en el siguiente ejemplo (anexo 93):

- Mito: El autocuidado es un acto egoísta
- Falso: cuidarse no es un acto de egoísmo, es asumir responsabilidad por la salud y ejercer el derecho a conservarla. Implica esforzarse por estar bien para sí mismo, ya que no se puede cuidar de otros si no está bien uno.
- Mito: Autocuidado es tomar consciencia
- Verdadero: muchas de las actividades de cuidado cotidianas son inconscientes, pero, el autocuidado consiste en tomar consciencia de esas actividades y actuar en consecuencia.
- Autocuidado es una rutina inamovible
- Falso: si bien el autocuidado es un compromiso cotidiano debe adaptarse a las circunstancias y necesidades del momento y pueden variar tanto en sus prácticas como en horarios.
- El autocuidado es hacer siempre lo mejor para sí mismo.
- Verdadero: es priorizar la propia salud y ponerse en función de ello. No se trata de obligarse a hacer algo que no se disfrute, de lo que se trata es de que ocurra en consonancia con los intereses, metas y necesidades personales.
- Mito Cuidarse requiere muchos recursos
- Falso: si bien hay actividades que requieren la inversión de recursos materiales, hay alternativas gratuitas, pero, debemos estar dispuestos a invertir tiempo.
- Mito Autocuidado es igual a descansar
- Falso: descansar es una obligación para estar saludables y requiere de integrarse a actividades destinadas a conservar la salud, las cuales no siempre están asociadas al descanso. Hacer ejercicio, estudiar, usar el tiempo libre para dedicarlo a una actividad de aprendizaje lúdico, son algunas de las opciones.
- Mito Cuidarse es un hábito que se desarrolla.
- Verdadero: el autocuidado es volverse consciente de nuestras conductas positivas y por tanto, hacer evidente las necesidades que deben ser atendidas mediante prácticas que es preciso desarrollar.

Momento 2. Entrenamiento de la función ejecutiva

1. Se realizará psicoeducación (anexo 94) sobre que es el autocuidado y las 5 dimensiones de autocuidado.
2. Se continuará con la “Rueda dimensiones del ser” (anexo 95), en esta rueda se compone de ocho dimensiones, se le pedirá a cada uno de los participantes que puntualicen de 1 a 10 que tan satisfecho se siente con cada dimensión, siendo 1 el muy bajo y 10 lo más alto.
3. Luego de dar su calificación, se les pide que respondan de manera individual a las siguientes preguntas: ¿Todas las áreas tienen una puntuación similar o las puntuaciones son muy distintas? Y ¿Con que áreas siente más satisfacción y con cuales menos?

Luego de identificar cuáles son aquellas esferas con las cuales se siente menos satisfecho (a), responda:

- ¿Por qué he puntuado bajo en esta área?
- ¿Qué necesitaría en mi vida para mejorarla?
- ¿Estoy siendo muy exagerado con esta puntuación? (si, no y porque)
- ¿Cuánto de importante es para mí mejorar en esta área de mi vida?

Momento 3: Finalización del encuentro

1. A partir del ejercicio de la “Rueda dimensiones del ser”, se hace una retroalimentación con los participantes en identificar cuáles son las dimensiones en las cuales los participantes se sienten menos satisfechos.
2. Se presenta “Siendo mi propia prioridad” en donde se plasman las 5 dimensiones del autocuidado, en cada una de estas se brindan estrategias y acciones para fortalecer cada dimensión.
 - Físico (anexo 96): Hace referencia al cuidado del cuerpo (dieta saludable, actividad física, higiene física, dormir).
 - Mental (anexo 97, 98 y 99): Se refiere a los pensamientos, ideas y creencias con relación al mundo, reconocer cuales resultan limitantes o nocivas para el propio bienestar (cuidar los pensamientos, procesos cognitivos, reconoce su estado mental).

- Emocional (anexo 100): Implica en aprender a identificar, expresar y transformar estados emocionales y mantener la salud emocional (¿Hay emociones buenas y malas?, Pasos para expresar la emoción de manera sana).
- Social (anexo 101 y 102): Involucra las relaciones familiares, amigos, pareja y las personas que nos rodean a lo largo de la vida (Mantener el contacto con personas valiosas, Asistir/planear actividades de convivencia con otros, Dejar escuchar, Escuchar, Gestionar las redes sociales de forma saludable, Identificar relaciones saludables).
- Espiritual (anexo 103 y anexo 104): Hace referencia al fortalecimiento de la conexión con lo trascendental, la fe y la conexión con la energía o el ser superior (Religiosidad, Espiritualidad, Búsqueda de conexión, practicas).

Tomado del: Manual de Autocuidado (Cáceres, R. Gonzales, A y Torres, A. S.f).

Momento 4: Transferencia al contexto ecológico

Para finalizar la actividad se hace un breve resumen del ejercicio y se les pide que realicen el “planeador del día” (anexo 105), este tiene como objetivo brindar una herramienta para los participantes que les permita organizar su día a día, dando cumplimiento a sus actividades como cuidadores y priorizando su autocuidado a partir de las 5 dimensiones.

1. Se les pide que hagan una lista de aquellas actividades que consideran necesarias en cumplir durante su día como cuidadores teniendo presente que sean posibles de cumplir durante el día. A partir de estas se les pide que hagan una lista de actividades de autocuidado que podría realizar durante el día.
2. A partir de la lista se les pide que plasmen cada una de estas actividades en el “Planeador del día”, las tendrán que distribuir por hora y actividad, la acompañaran con alguna canción que pueda representar cada una de estas y que pueda ser un recordatorio de esta, ejemplo: “Necesito activarme” - Pharrell Williams – Happy o Ejemplo: “Quiero descansar” - Música instrumental (Como se plasma en el ejemplo).

“Mi planeador del día”		
Hora	Actividad	Canción
6am a 8am	Ejm: me levanto, me baño y desayuno	Pharrell Williams – Happy
8am a 9am	Ejm: Leer un libro	Música instrumental

3. Tener en cuenta referir actividades que sean posibles de cumplir en el día a día.

Sesión 14. Cierre

Nombre del encuentro: “Al ritmo del autocuidado”.

Objetivo: Dar cierre al programa “Al ritmo del autocuidado” a los participantes.

Materiales:

- Canción de zumba (anexo 106).
- Línea del tiempo (anexo 107).
- Certificado de asistencia (anexo 108).
- Canción dedicatoria (anexo 109).
- Salón.
- Mesas y sillas correspondientes al número de participantes.
- Dispositivo de proyección - televisor o proyector.
- Sistema de sonido o altavoces.

Tiempo del encuentro: 45 min

Momento 1: Introducción explicativa (20 min)

Para dar inicio al encuentro se creará un espacio de esparcimiento con los participantes, en donde se realizará inicialmente un ejercicio de zumba (anexo 106), para este se hará la invitación a un profesional de danza, este se hará con el fin de recrear y retroalimentar hábitos de autocuidado haciendo énfasis en el autocuidado físico y la importancia del movimiento.

Al finalizar este, se realizará una práctica de respiración diafragmática 4x4, con el fin de recordar esta técnica y de llevar a los participantes a un estado homeostático.

Momento 2. Entrenamiento de la función ejecutiva (30 min)

Para este momento se espera que las personas hayan participado como mínimo a 10 sesiones del programa.

Se dará inicio al encuentro brindando una retroalimentación del programa “Al ritmo del autocuidado”, por medio de la creación de una línea de tiempo (anexo 107) en la cual se

les indicará a los participantes que den respuesta a: ¿qué son las funciones ejecutivas? y ¿qué funciones ejecutivas se trabajaron en el programa?, esto se tendrá que ir organizando en la línea del tiempo. También se preguntará: ¿qué es el autocuidado? Y ¿qué se brindó durante este? Durante el desarrollo del ejercicio, el terapeuta encargado también realizará retroalimentación.

Momento 3: Finalización del encuentro

Para dar cierre al encuentro se creará un espacio en donde las personas podrán hablar y opinar sobre el programa, se iniciará con las siguientes preguntas: ¿Qué aprendizajes o herramientas se llevan de este programa?, ¿Qué cambios han notado en su manera de gestionar el estrés?, ¿Cómo han aplicado lo aprendido en su vida cotidiana?

Momento 4: Transferencia al contexto ecológico

Como fase final del encuentro se les brindará un certificado de asistencia (Anexo 108) y agradecimiento por su compromiso durante el encuentro. Durante la entrega se proyectará la canción “Color esperanza” de Diego Torres (Anexo 109), la cual brindamos como forma de agradecimiento.

Referencias

- Acero, P. (2020). *Guía básica para el acompañamiento y afrontamiento del duelo*. Colpsic
- Atkinson R., Shiffrin, R. y Brelford, J. (1968) *Multiple reinforcement effects in short-term memory*. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*. 21 (1). Pp. 1-19.
- Avila, R., Ortega, B., Jardines, D. (2018). *Parámetros de la demora de la gratificación en humanos*. *Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, (26) 1, pp. 15-27.
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/2745/274555484002/html/>
- Aydmune, Y., & Introzzi, I. (2018). *Inhibición: una función ejecutiva difícil de medir. Algunas problemáticas en relación con las pruebas de inhibición informatizadas*. *Psicodebate*, 18(2), 7-25. <https://doi.org/10.18682/pd.v18i2.741>
- Arrieta, L. y Chaverri, P. (2019). *Componentes del autocontrol*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, (22) 2. Universidad Nacional de Costa Rica. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi192l.pdf>
- Baron, R. A. (1988). *Negative effects of destructive criticism: Impact on conflict, self-efficacy, and task performance*. *Journal of Applied Psychology*, 73(2), 199–207. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.73.2.199>
- Baddeley, A. D., Hitch, G., & Allen, R. (2001). *A multicomponent model of working memory*. *Working memory: State of the science*, 10-43.
- Bausela, E. (2014). *Funciones ejecutivas: Nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica*. *Rev. Acción psicológica*, 11(1), 21-34. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v11n1/03_original3.pdf
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press. tomado de: <https://global.oup.com/ushe/product/principles-of-biomedical-ethics-9780190640873?cc=co&lang=en&>
- Berrocal, F y Pacheco, A. (2005). *La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey*. Universidad de Málaga. Tomado de: <https://www.redalyc.org/pdf/274/27411927005.pdf>

- Caballero, C (2023). *Las funciones de Planificación y Organización y su relación con el Rendimiento Académico en Estudiantes Universitarios*. Pontificia universidad católica de Argentina. Mendoza, Argentina. Tomado de:
<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/17709/1/funciones-planificacion-organizacion-relacion.pdf>
- Candelaria, M. (2013). *La carga emocional del cuidador y su capacidad de afrontamiento, durante internaciones hospitalarias prolongadas, en enfermedades crónicas*. Universidad de Palermo. Buenos aires, Argentina.”
- Cáceres, R. Gonzales, A y Torres, A. (S.f). *Manual de autocuidado*. Fundación Silencio (FUNDASIL). Tomado de:
<https://www.unicef.org/elsalvador/media/5036/file/Manual%20de%20Autocuidado.pdf>
- Capera, Y. Gordillo, N y Lar, P (2019). *Estrategias de afrontamiento del cuidador informal de 1 adultos con discapacidad cognitiva leve y moderada, que asisten a una fundación en Bogotá*. Universidad del Bosque. Maestría salud mental comunitaria. Tomado de: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/41a3eb64-6cca-44ec-b9b6-476c4da3a606/content>
- Castro, M. (S.f). *Técnicas de relajación*. Recuperado de:
<https://core.ac.uk/download/pdf/61907367.pdf>.
- Cherry, E. C. (1953). *Some experiments on the recognition of speech, with one and with two ears*. The Journal of the Acoustical Society of America, 25(5), 975–979.
<https://doi.org/10.1121/1.1907229>
- Dux, P. E., & Marois, R. (2009). *The attentional blink: A review of data and theory*. Attention, Perception, & Psychophysics, 71(8), 1683–1700.
<https://doi.org/10.3758/APP.71.8.1683>.
- Davis, M. H. (1983). *Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach*. Journal of Personality and Social Psychology, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>

- Decety, J., & Lamm, C. (2006). *Human empathy through the lens of social neuroscience*. The Scientific World Journal, 6, 1146–1163. <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.221>
- Ferguson, N. (2018). *Effective feedback strategies in organizational psychology*. Oxford University Press.
- Figueroa, M., Cáceres, R., Torres, A. (2020). *Manual de capacitación para acompañamiento y abordaje de duelo*. Fundasil y Unicef. Recuperado de: <https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., & Martínez-Zaragoza, F. (2016). *Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en enfermeras de atención primaria*. *Atención Primaria*, 48(9), 565-572. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.002>
- González y Mendoza (2008). *Cuestionario de Memoria Prospectiva y Retrospectiva*. Versión Mexicana. Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de: <https://www.ed.ac.uk/files/atoms/files/prmqmexico-1.pdf>
- González, M. F., & Landero, R. (2021). *Fatiga por compasión y autocuidado en profesionales de la salud: una revisión sistemática*. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(2), 726-742. <https://doi.org/10.15446/rcp.v30n2.88319>
- González, M., García, N., Arriaga, J., Cruz, S. (2019). *Efecto del estrés en la adquisición y consolidación de la memoria de reconocimiento de objetos en ratas*. *Revista Mexicana de Neurociencia*. (20)3. Pp. 141-148. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmn/v20n3/1665-5044-rmn-20-3-141.pdf>
- Gonzales, S. (2015). *Teoría de la mente, maquiavelismo y empatía: Diferencias en función del género, edad y estatus sociométrico*. Universidad de Málaga. Tomado de: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/12920/TFG_Gonz%C3%A1lez_Rando_Silvia.pdf.pdf
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Free Press
- Jiménez, A. (2018). *Inteligencia emocional*. Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 457-469. Tomado de: https://www.aepap.org/sites/default/files/457-469_inteligencia_emocional.pdf

- Kraus, N., & Chandrasekaran, B. (2010). *Music training for the development of auditory skills*. *Nature Reviews Neuroscience*, *11*(8), 599–605. <https://doi.org/10.1038/nrn2882>
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2019). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Scribner.
- López, M. Aran, V. Richaud, M. (2014). *Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados*. Tomado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n1/v32n1a04.pdf>
- Maslach, CH.; Schaufeli, W.B.; Leiter, M.P. (2001) *Annual Review of Psychology*, volume 52, pp. 397 - 422. Recuperado de: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/13606>
- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. *Diario Oficial* 41.206. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>.
- Morandín, F. (2019). *La hipótesis del marcador somático y la neurobiología de las decisiones*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. Tomado de:
<https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v12n1/1989-3809-ep-12-01-00020.pdf>
- Montgomery, W. (2008). *Teoría, investigación y aplicaciones clínicas del autocontrol*. *Revista IIPSI*, (11) 2, pp. 215-225. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Moscoso & Matovelle (2023). *Sobrecarga del cuidador, riesgo laboral en cuidadores informales de personas con discapacidad en Cuenca-Ecuador*. Tomado de:
<https://doi.org/10.46652/pacha.v4i11.204>
- Morgado, I. (2005). *Psicobiología del aprendizaje y la memoria*. CIC. Cuadernos de Información y Comunicación, (10). Pp. 221-233. Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/935/93501010.pdf>
- Núñez, J. Solano, P., González, J., y Rosario, P. (2006). *El aprendizaje autorregulado como medio y meta de la educación* *Papeles del Psicólogo*. 27 (3). Pp. 139-146 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77827303.pdf>
- OMS (2024). *Autocuidado para la salud y el bienestar*. Tomado de:
<https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health->



Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th ed.). Springer Publishing Company.



Programa

¡Al Ritmo Del Autocuidado!

Acero Quintero Valentina, Osorio Colorado Vanessa Tatiana, Rojas Ruiz Juan Camilo
y Ulloa Pisco Camila Alejandra



Sesión 1. Síndrome del cuidador quemado

¡Al Ritmo Del Autocuidado!

Ruleta física:



Ruleta digital:



<https://spinhewheel.io/wheels/Sa53IPSUpnRDONLYKQeAucz0xJmU9MA%3D%3D>

INFOGRAFÍA: SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO

¿QUÉ ES SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO?

El Síndrome del Cuidador Quemado (SCQ) o burnout, fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra estadounidense Herbert J. Freudenberger como una respuesta al estrés crónico que afecta a personas que desempeñan labores de cuidado de manera continua.



PRINCIPALES SÍNTOMAS:

Se enfrentan altos niveles de sobrecarga física y emocional, que se manifiesta con síntomas como agotamiento extremo, despersonalización y una sensación de ineficacia personal, deteriorando no solo el bienestar del cuidador, sino también la calidad del cuidado brindado a las personas dependientes. Además de síntomas físicos como cefalea, fatiga crónica y alteraciones del sueño, el SCQ también incluye problemas emocionales como ansiedad y depresión, que afectan negativamente la relación entre el cuidador y el paciente, generando un círculo vicioso de desgaste emocional y físico.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN:

- Conocer la enfermedad de la persona a su cuidado.
- Aprender a pedir ayuda.
- Reconocer y expresar sus propios sentimientos.
- Dedicar tiempo a uno mismo.

Fundación Pasqual Maragall, (2023).





FOLLETO: AL RITMO DEL AUTOCUIDADO

FECHA	SESIÓN / TEMA
	Sesión 1: Síndrome del Cuidador Quemado.
	Sesión 2: Atención.
	Sesión 3: Atención
	Sesión 4: Atención.
	Sesión 5: Inhibición.
	Sesión 6: Inhibición.
	Sesión 7: Memoria.
	Sesión 8: Planificación y organización.
	Sesión 9: Toma de decisiones.
	Sesión 10: Control emocional.
	Sesión 11: Autocontrol
	Sesión 12: Empatía.
	Sesión 13: Autocuidado
	Sesión 14: Cierre

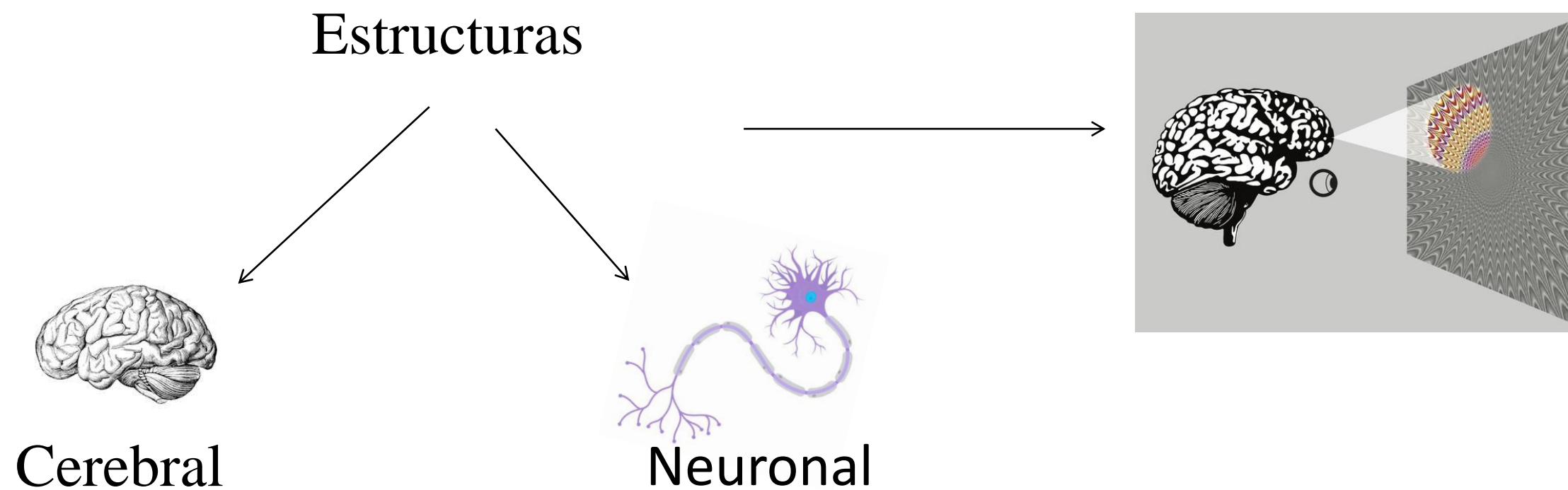


Sesión 2. Atención

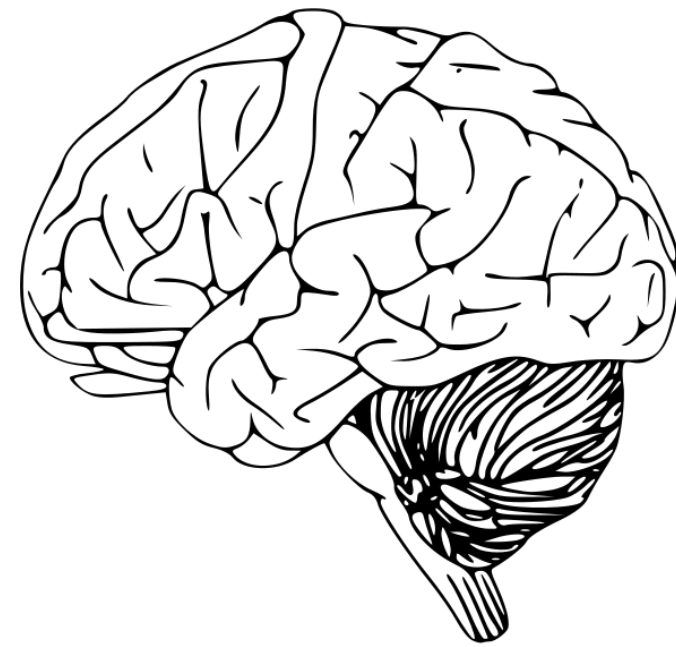
¡Al Ritmo Del Autocuidado!

INFOGRAFÍA: ATENCIÓN

La atención es un proceso multidimensional compuesto por diferentes sistemas a nivel cerebral y neuronal



Afectaciones de los procesos atencionales en relación con el estrés



Procesos cognitivos

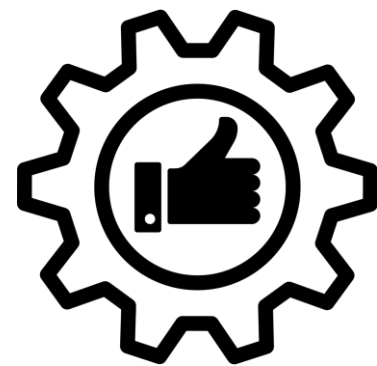


Relaciones intrapersonal e interpersonal

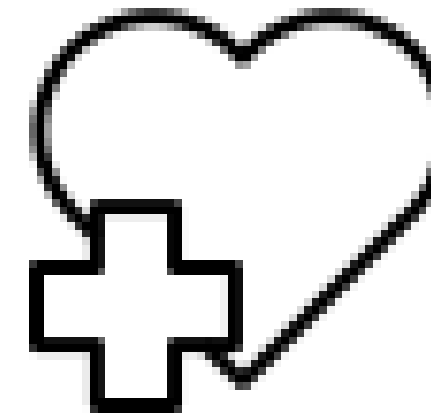
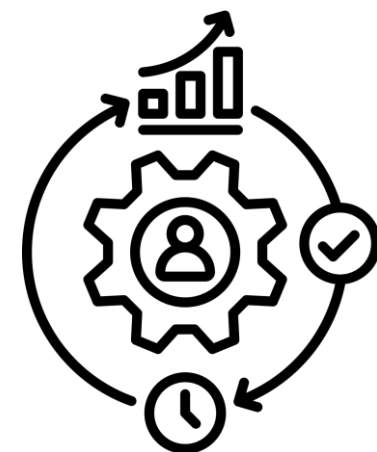


Afectaciones emocionales y psicológicas

Procesos Básicos



Procesos superiores



Salud y bienestar Emocional



Sonidos distractores

Actividad: Atención sostenida



Sonido 1. Celular



Sonido 3. Pito de carro



Sonido 2. Trafico



Sonido 4. Notificación de celular



Música ambiental

Actividad:

Atención Arousal y focalizada



10 Minute Countdown Timer with Relaxing Jazz Music for Break



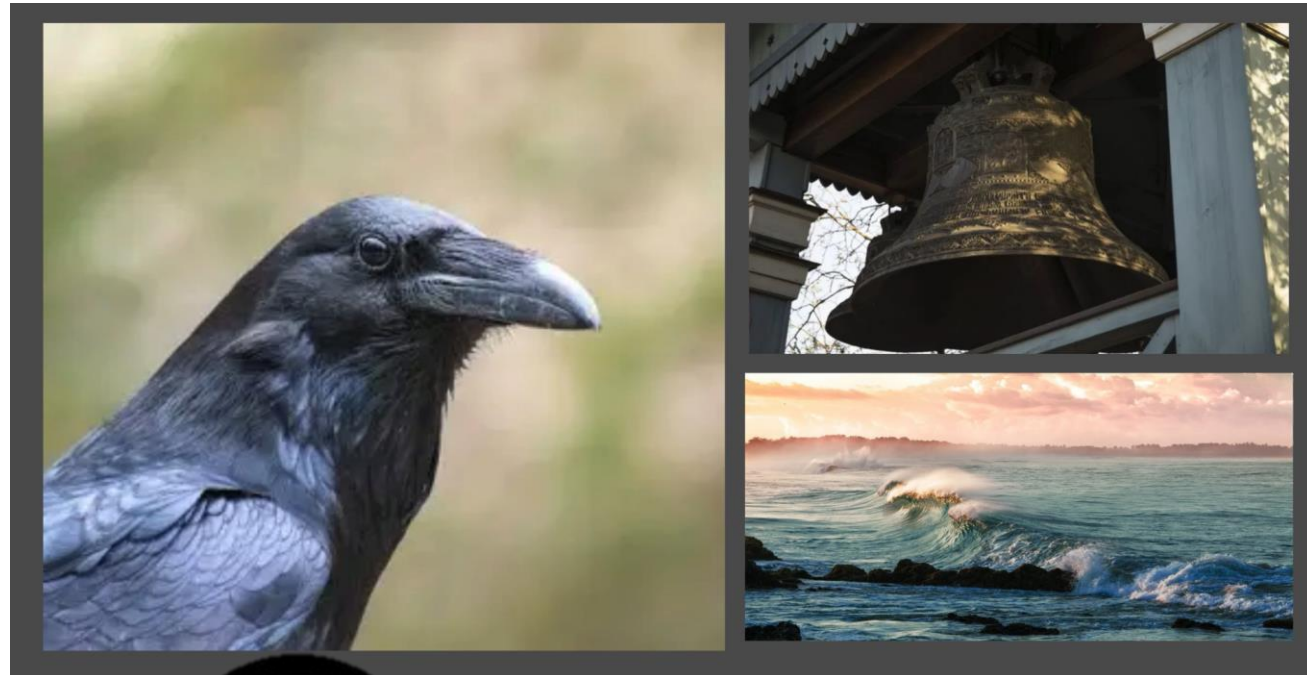
Entrenamiento de la función (alternante y dividida)



Sonido 1. Cuervo



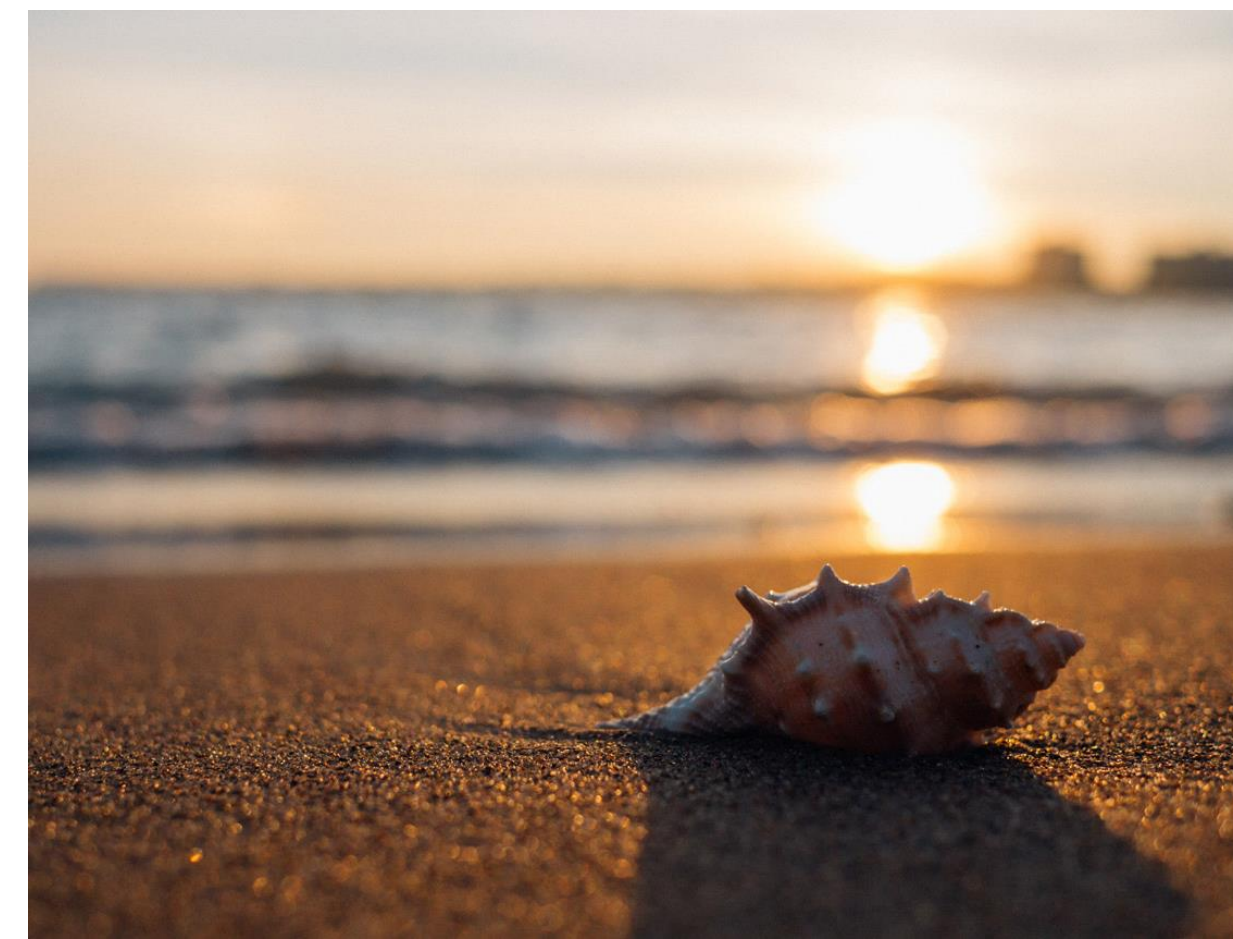
Sonido 2.. Campanas



Sonido 3.. Ola de la Playa



Sonido 4.. Simultanea



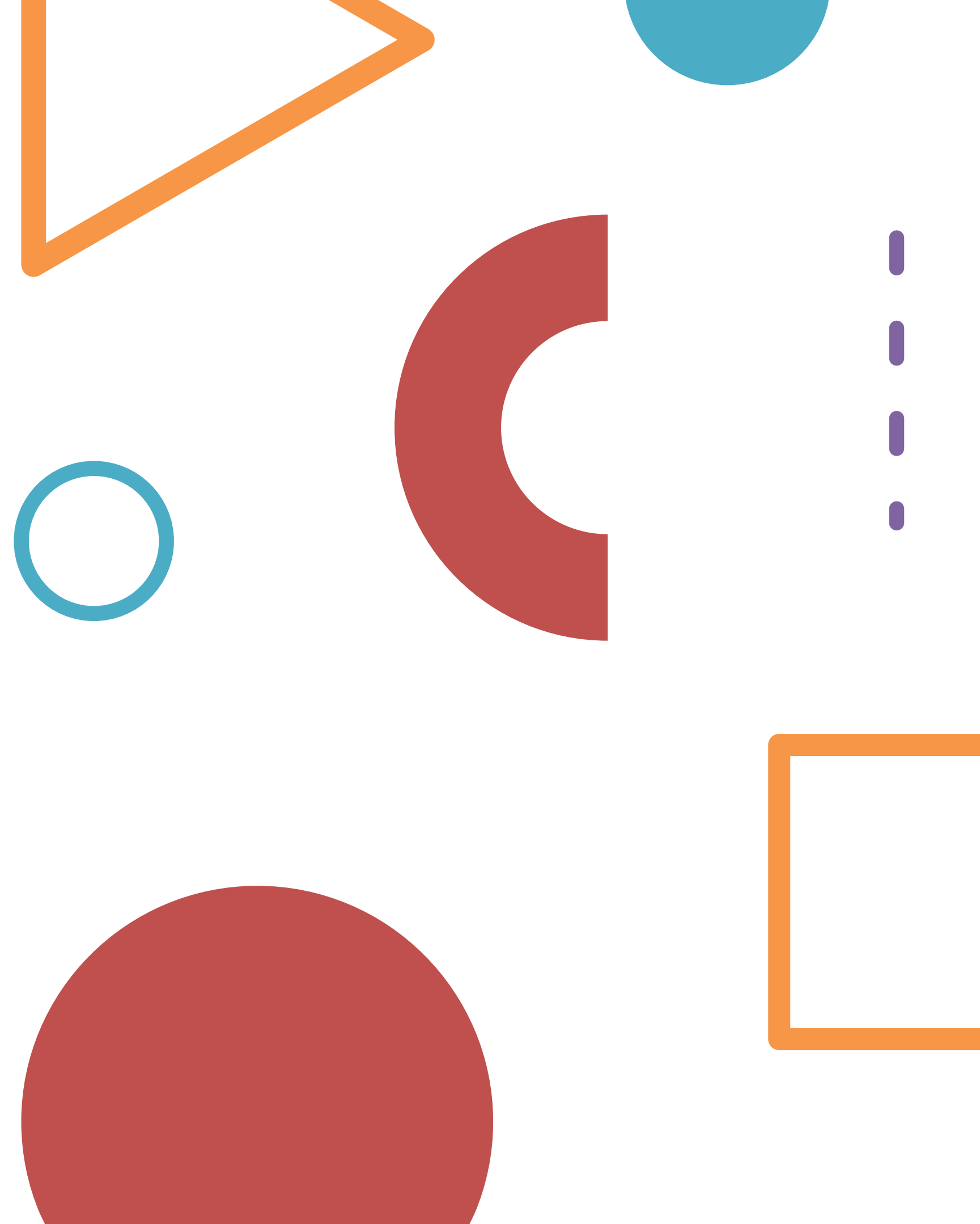


Sesión 3. Atención

¡Al Ritmo Del Autocuidado!

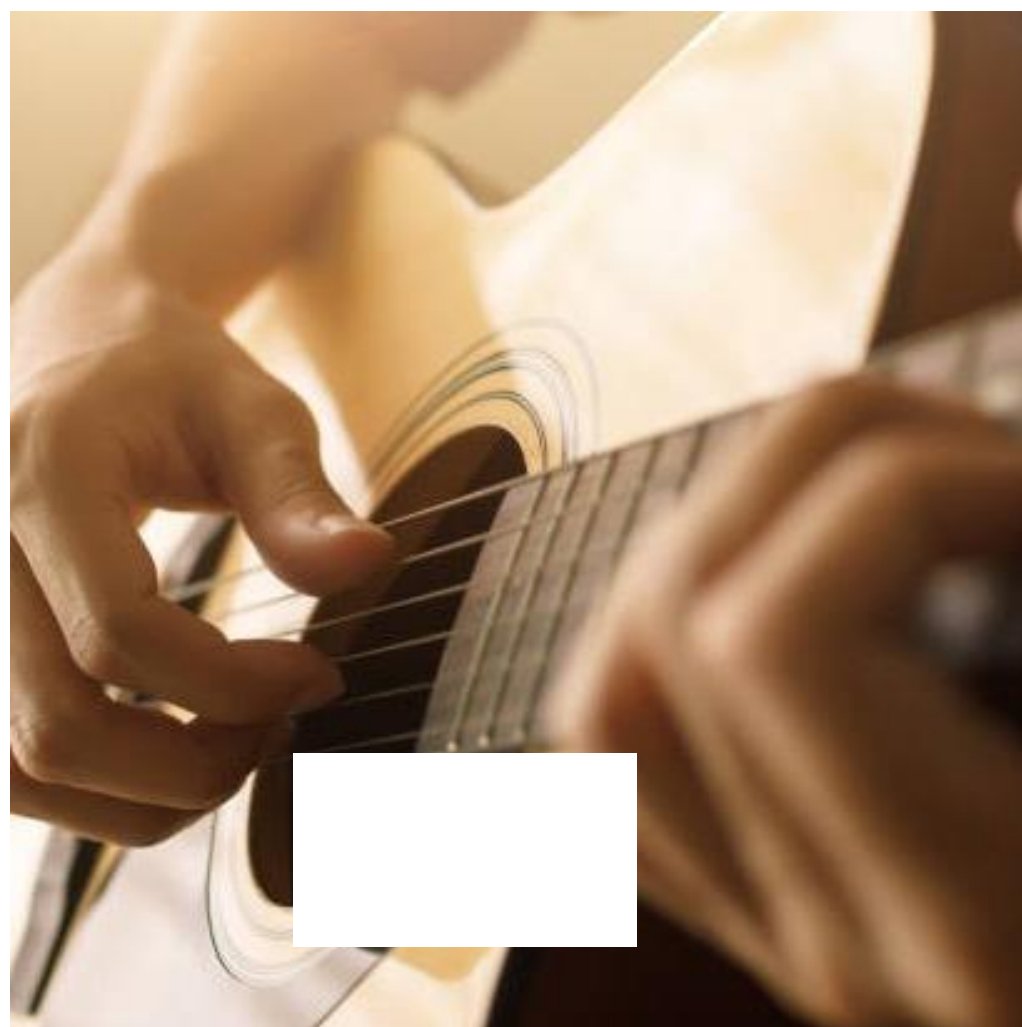
Atención alternante y Atención dividida desde el modelo de Sohlberg y Mateer.

- **Atención Alternante:** Se refiere a la capacidad de concentrarse en un estímulo relevante mientras se ignoran otros estímulos distractores que compiten por la atención.
- **Atención Dividida:** Capacidad para procesar múltiples fuentes de información o realizar más de una tarea al mismo tiempo



Entrenamiento de la función (alternante auditivo)

Tambor, trompeta y guitarra



Guitarra



Trompeta



Tambor


0

**Atención Alternante
(visual)**

0

Atención Alternante (visual y auditiva)

Atención Alternante (visual y auditiva)



0



5

Anexo grabación de instrumentos 01 de 3 min y de forma simultánea el video de reproducción numérica 01



(Anexo grabación de instrumentos 02 de 3 min) y de forma simultánea el video de reproducción numérica 02



3

(Anexo grabación de instrumentos 03 de 3 min) y de forma simultánea el video de reproducción numérica 03



Sesión 4. Atención

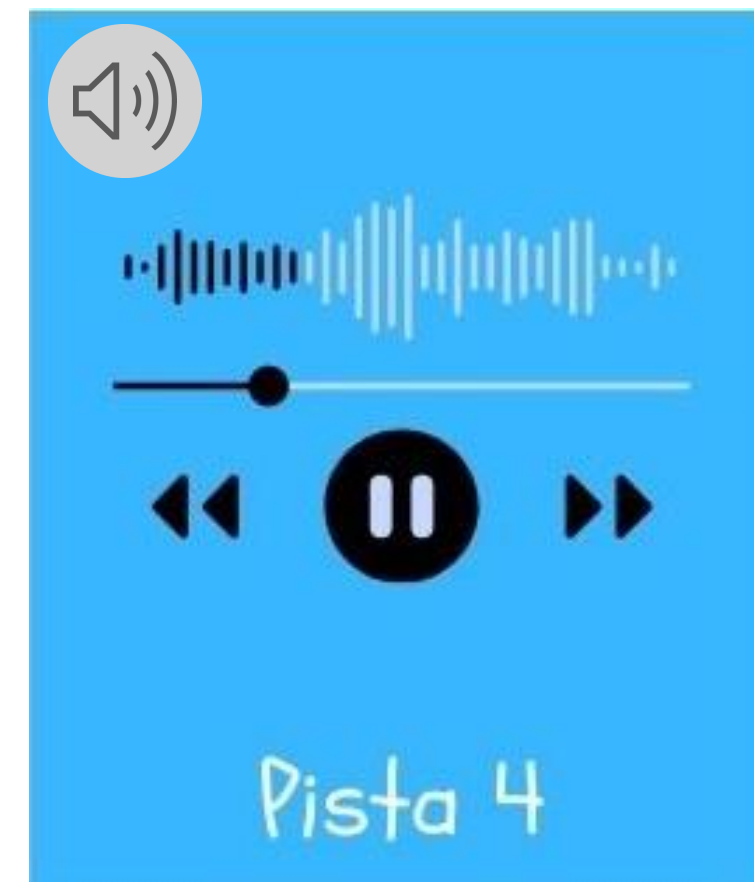
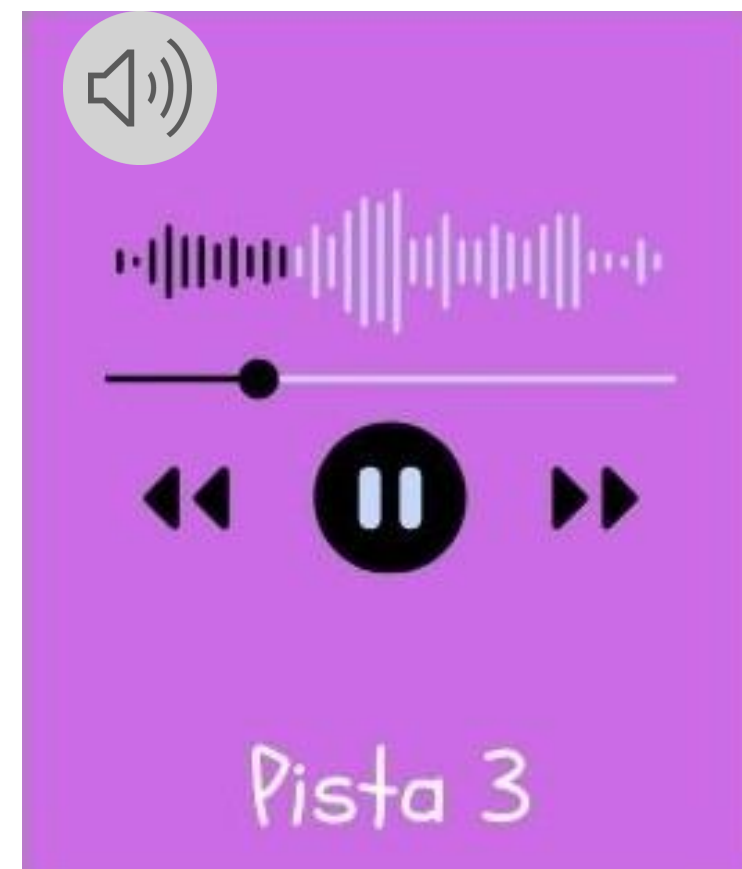
¡Al Ritmo Del Autocuidado!

Instrucciones encuentra al impostor

- Se te presentaran en la actividad 1 grupo conformado por 4 canciones.
- “Busca el impostor entre los grupos, el impostor se puede identificar por: (época, artista, género musical, temática o incluso instrumentos)”.
- Tienes que seleccionar cual según el que tu identifiques como el impostor
- Se reproducirán por orden, según el orden será la asignación de la canción: Ejemplo:(1: A, 2: B 3:C y 4:D).
- Cuando identifiques el impostor da la respuesta correcta según la denominación anteriormente mencionada (A, B, C, D).
- Cuando identifiques el impostor menciona por qué crees que es el impostor
- El asesor te retroalimentara tu respuesta para determinar si es correcta o no.



Encuentra al impostor 01



Encuentra al impostor 02



Pista 1

This interface features a yellow background. At the top left is a speaker icon. Below it is a white audio waveform. A horizontal progress bar with a black dot is positioned below the waveform. At the bottom are three black control buttons: a left arrow, a pause button, and a right arrow.



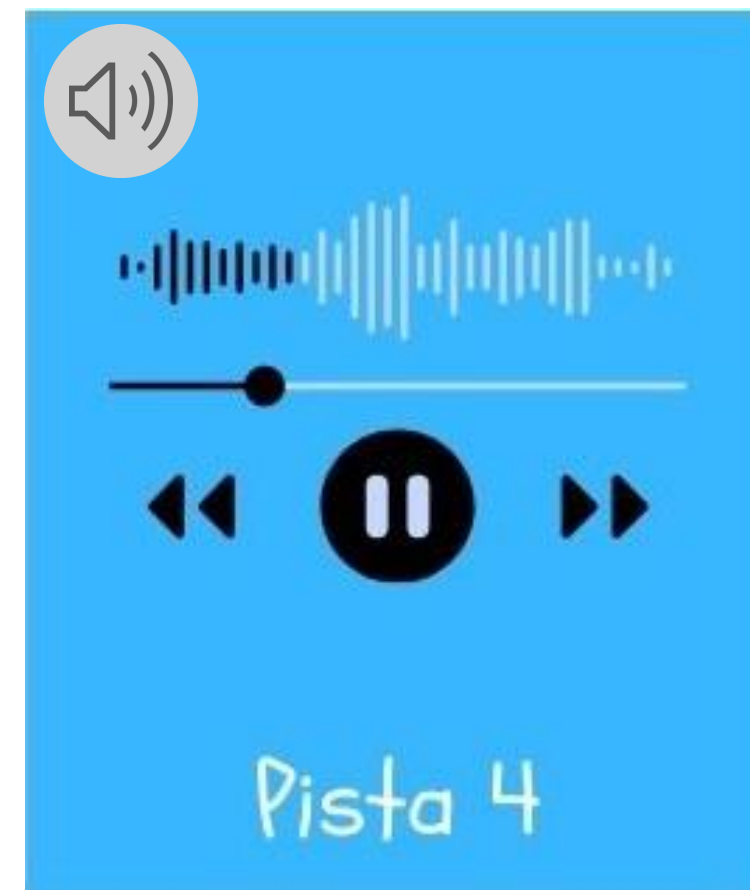
Pista 2

This interface features a red background. It includes a speaker icon, a white audio waveform, a progress bar with a black dot, and three black control buttons (left arrow, pause, right arrow).



Pista 3

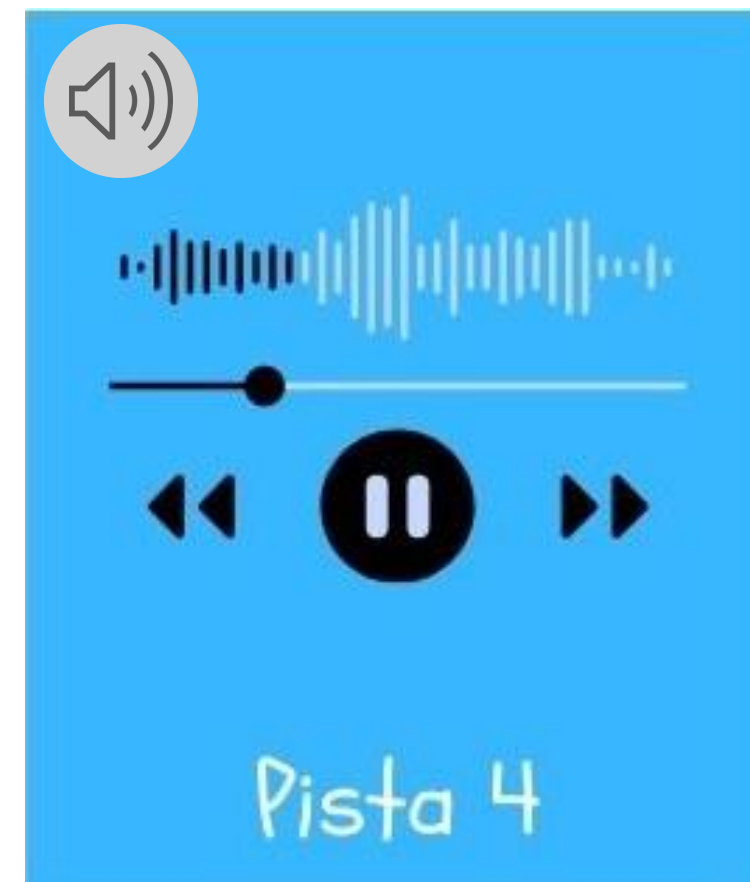
This interface features a purple background. It includes a speaker icon, a white audio waveform, a progress bar with a black dot, and three black control buttons (left arrow, pause, right arrow).



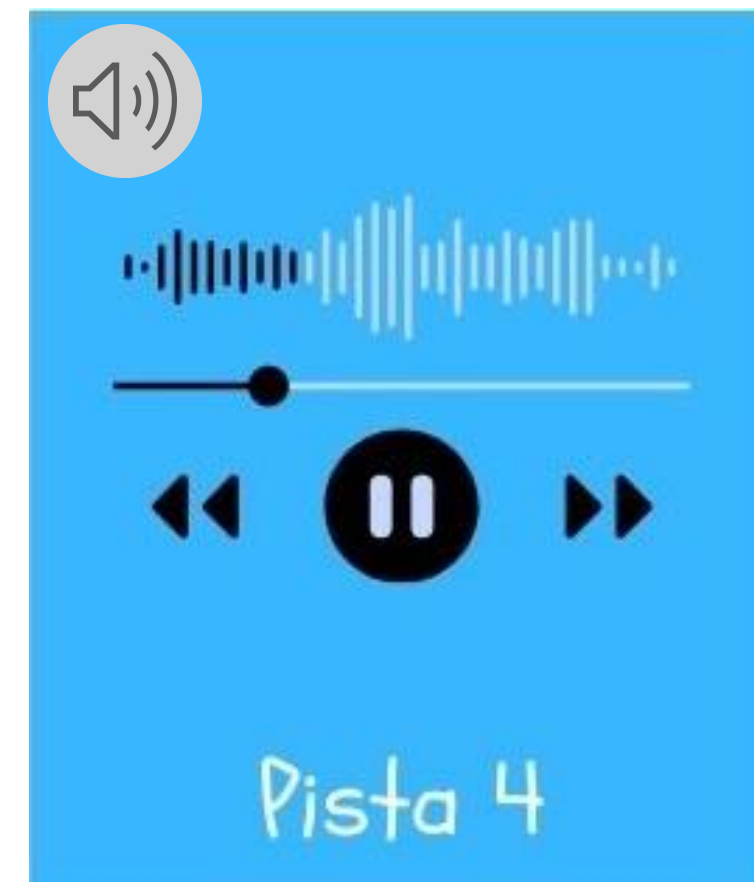
Pista 4

This interface features a blue background. It includes a speaker icon, a white audio waveform, a progress bar with a black dot, and three black control buttons (left arrow, pause, right arrow).

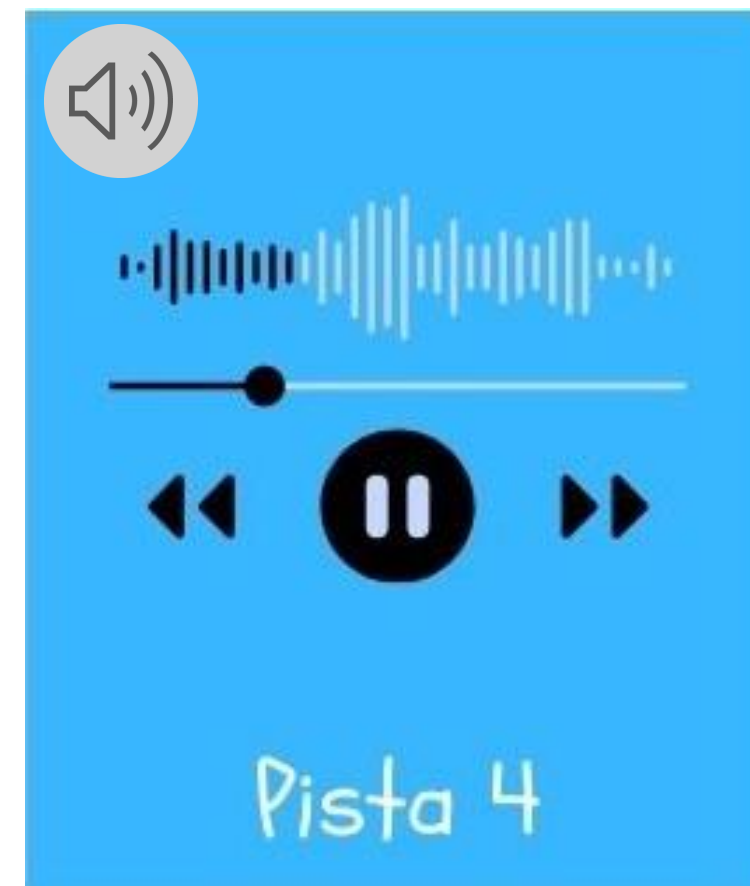
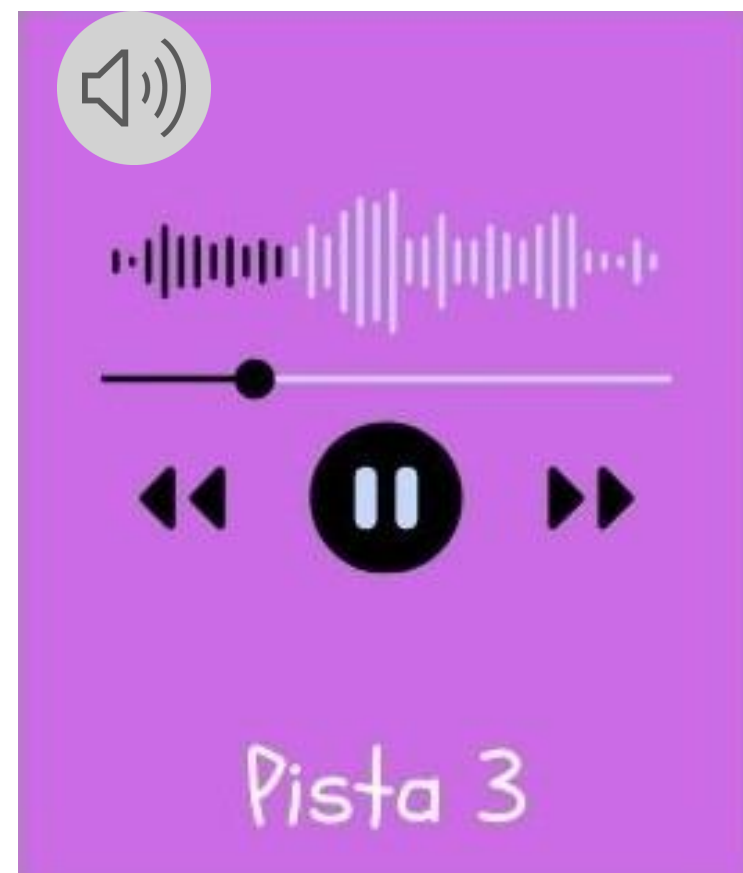
Encuentra al impostor 03



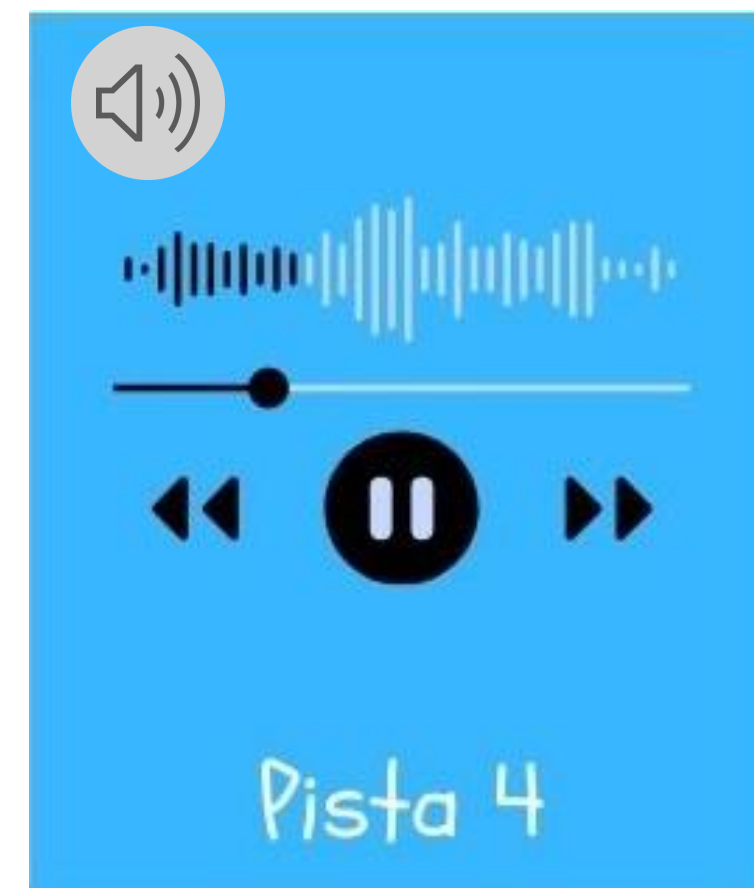
Encuentra al impostor 04



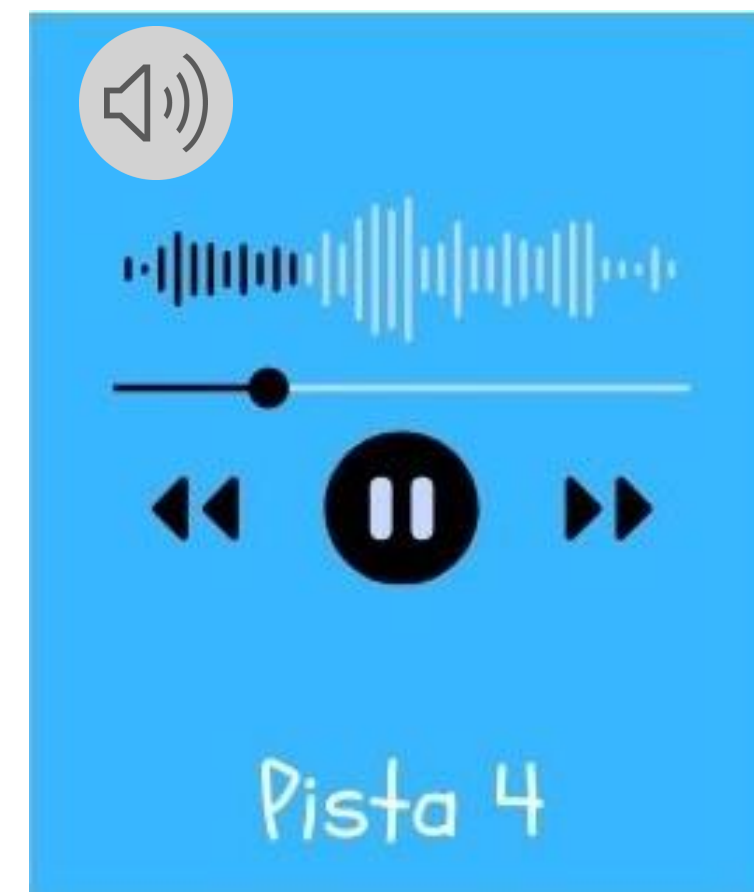
Encuentra al impostor 05




Encuentra al impostor 06



Encuentra al impostor 07





Sesión 5. Inhibición

¡Al Ritmo Del Autocuidado!

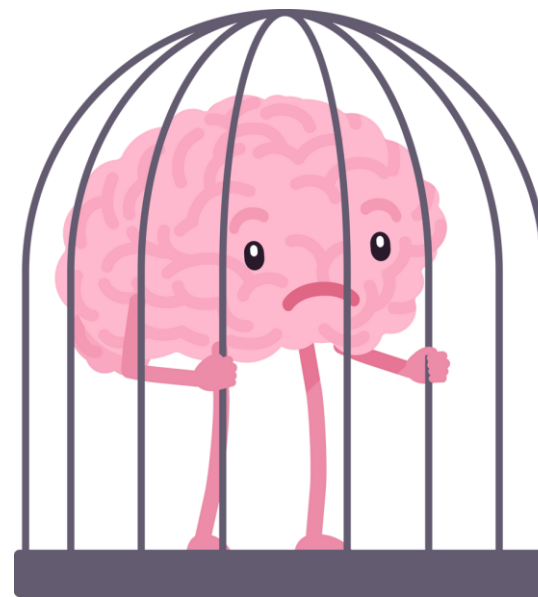
INHIBICIÓN

¿QUÉ ES LA INHIBICIÓN?

Es uno de los principales componentes ejecutivos. La función principal de la inhibición consiste en el control de las tendencias prepotentes ligadas al pensamiento, al comportamiento y a estímulos ambientales que interfieren con el logro de las tareas y objetivos actuales (Diamond, 2013, 2016, como se citó en Aydmune & Introzzi, 2018), es decir, la inhibición actúa como un mecanismo regulador que nos permite filtrar y suprimir aquellos impulsos o estímulos automáticos que podrían distraernos o desviarnos de nuestras metas.

IMPORTANCIA DE LA INHIBICIÓN

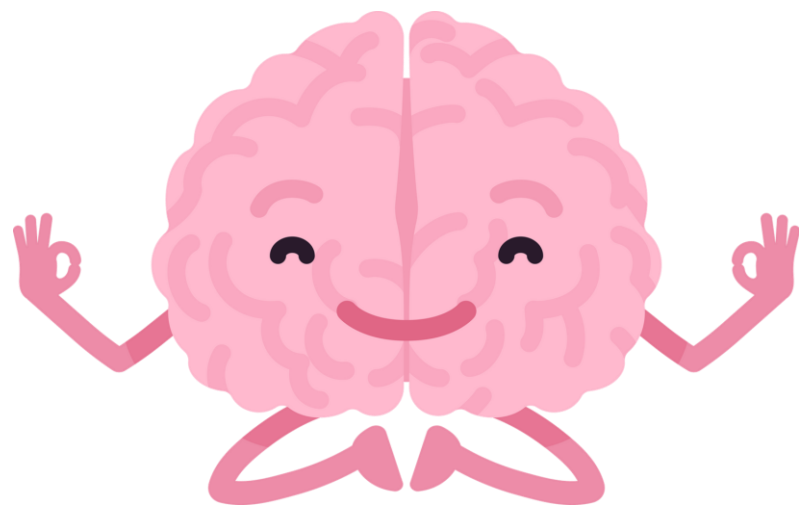
Es esencial porque permite a las personas controlar sus impulsos, filtrar estímulos irrelevantes y resistir conductas automáticas que podrían ser inapropiadas o contraproducentes. Este control es crucial para regular el comportamiento, enfocarse en metas a largo plazo y tomar decisiones reflexivas, en lugar de actuar por impulsos. Además, la inhibición contribuye al manejo de las emociones, a la adaptación en contextos sociales y al aprendizaje efectivo, al evitar distracciones.



INHIBICIÓN PERCEPTUAL

¿QUÉ ES LA INHIBICIÓN PERCEPTUAL?

Tiene la función de suprimir la activación provocada por estímulos irrelevantes en el entorno, lo que facilita el enfoque de la atención en los estímulos importantes.



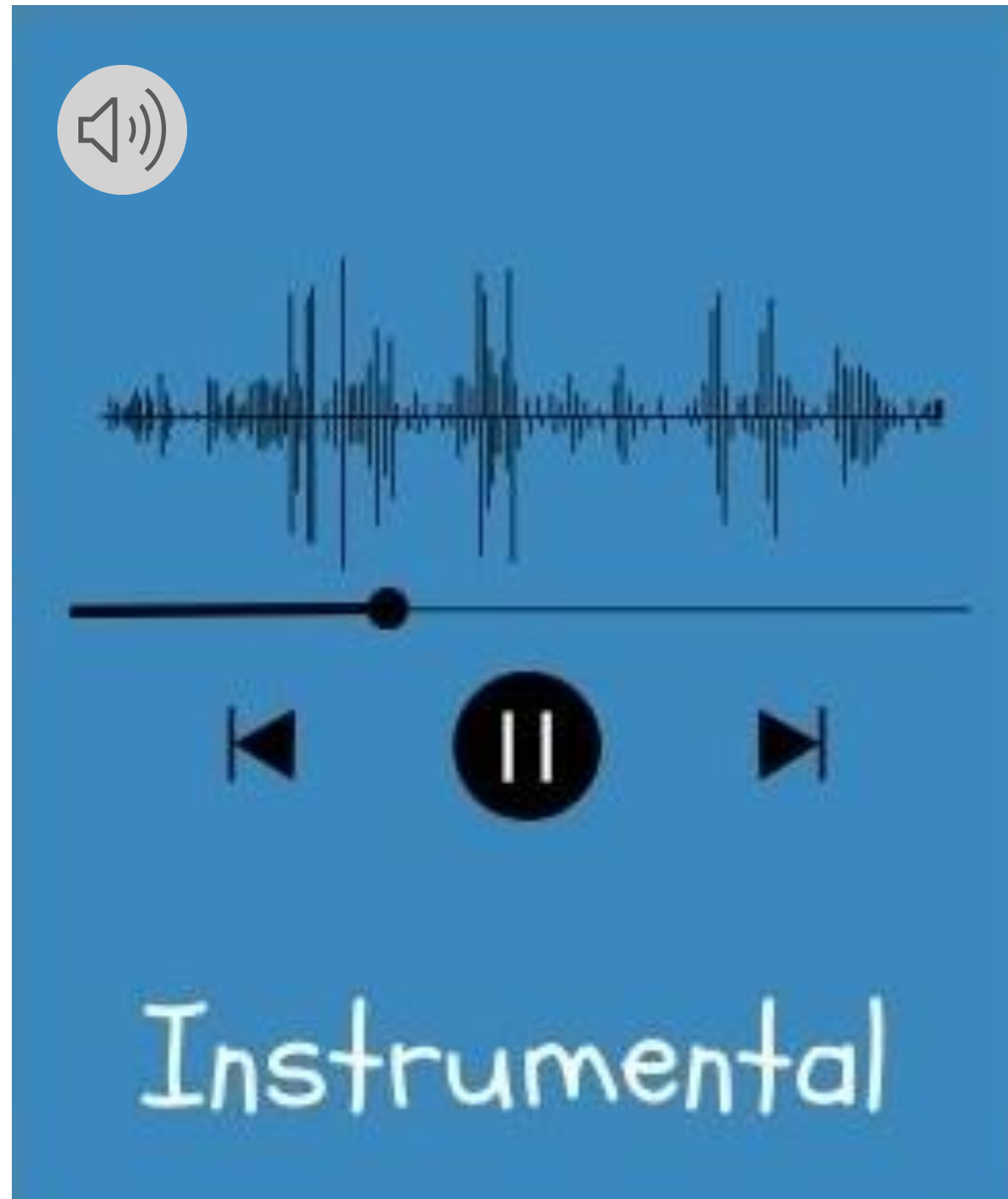
EJEMPLOS DE INHIBICIÓN PERCEPTUAL

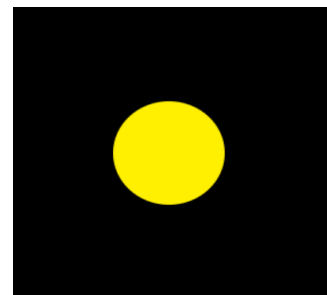
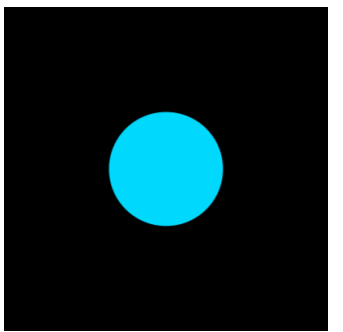
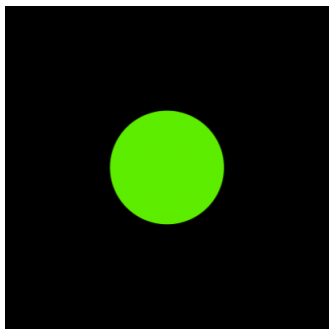
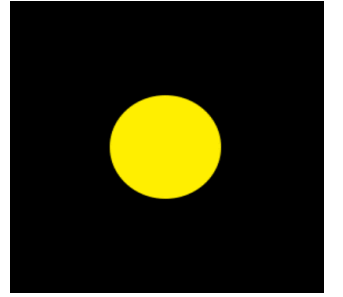
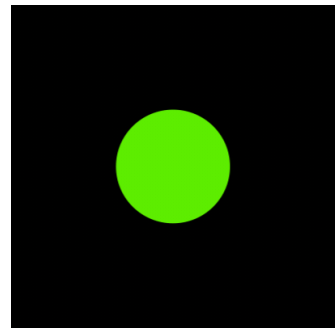
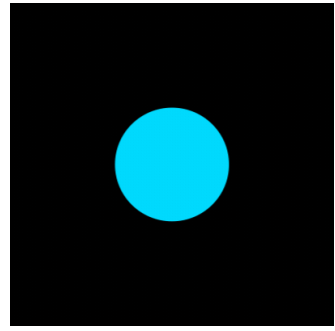
- Ignorar una conversación de fondo mientras lees un libro en un café.
- Conducir un auto y no distraerse con las vallas publicitarias.
- Estar en una fiesta ruidosa y concentrarse solo en la conversación con una persona.





CONSECUENCIAS DE UN DÉFICIT EN INHIBICIÓN PERCEPTUAL

- Problemas de atención y distracción constante.
- Dificultades para mantener la calma en entornos con mucha estimulación sensorial, lo que puede llevar a la sobrecarga sensorial.
- Bajo desempeño académico o laboral.
- Dificultades sociales.
- Riesgo de accidentes.







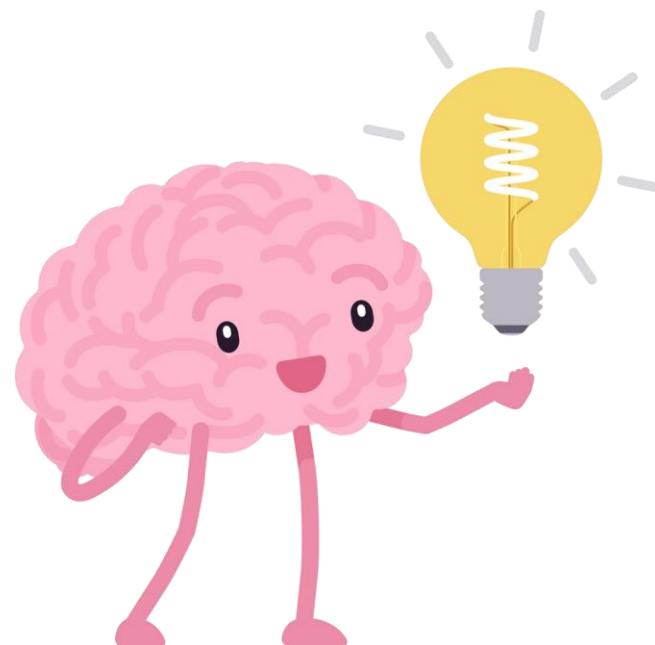
Sesión 6. Inhibición cognitiva y conductual

¡Al Ritmo Del Autocuidado!

INHIBICIÓN COGNITIVA

¿QUÉ ES LA INHIBICIÓN COGNITIVA?

La función principal de este proceso es reducir la activación de representaciones intrusivas e irrelevantes que interfieren con la consecución de los objetivos actuales.



EJEMPLOS DE INHIBICIÓN COGNITIVA

- Dejar de Pensar en una Canción Pegajosa.
- Enfocarse en Leer un Libro, evitando divagar en tu mente.
- Evitar Preocupaciones Durante una Reunión.
- Detener una Rumiación Mental.

CONSECUENCIAS DE UN DÉFICIT EN INHIBICIÓN COGNITIVA

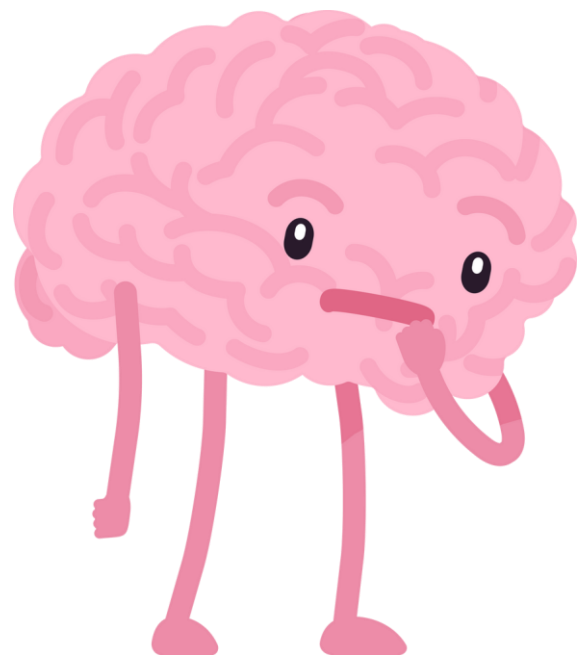
- Pensamientos Intrusivos Frecuentes.
- Problemas con la Resolución de Problemas.
- Sobrecarga Cognitiva.
- Mayor Vulnerabilidad al Estrés.



INHIBICIÓN CONDUCTUAL

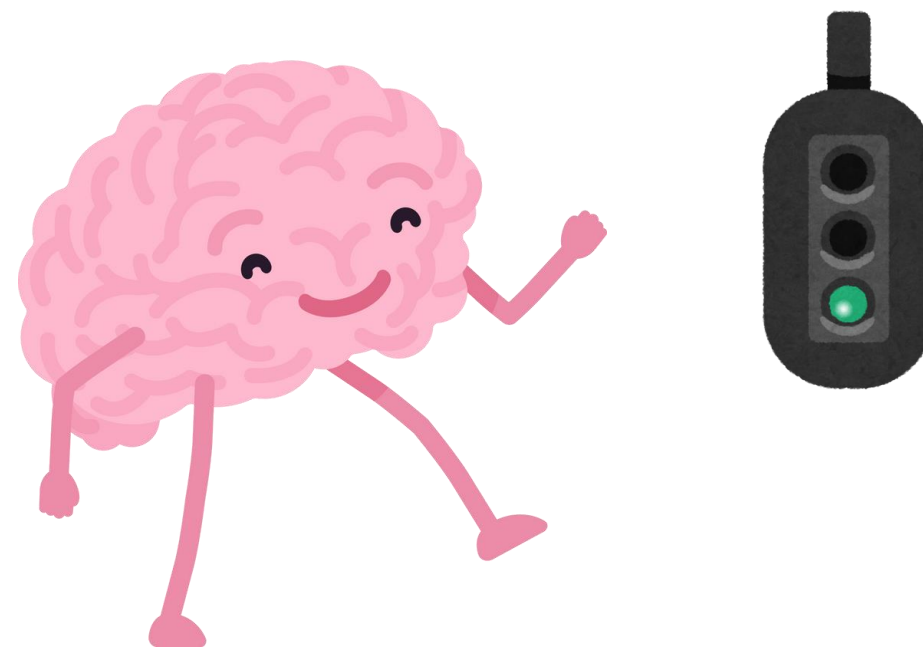
¿QUÉ ES LA INHIBICIÓN CONDUCTUAL?

Es la encargada de suprimir o frenar respuestas o impulsos motores dominantes que no son adecuados para la tarea en curso.



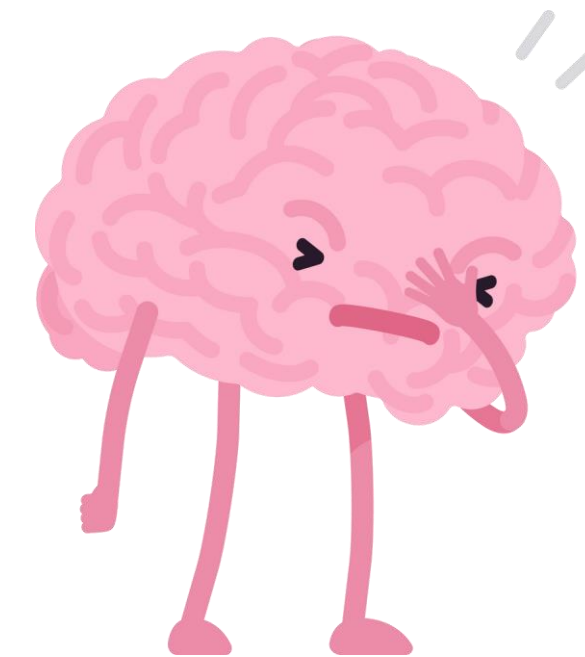
EJEMPLOS DE INHIBICIÓN CONDUCTUAL

- Respetar un semáforo en rojo.
- Esperar tu turno para hablar.
- No comer en exceso.
- No revisar el celular en clase o una reunión.
- Regular una reacción de enojo.
- No gastar dinero impulsivamente.



CONSECUENCIAS DE UN DÉFICIT EN INHIBICIÓN CONDUCTUAL

- Problemas en el Ámbito Personal.
- Dificultades en las Relaciones Interpersonales.
- Riesgo de Conductas Adictivas.
- Mayor Propensión a Accidentes.
- Problemas Legales o Éticos.







Sesión 7. Memoria

¡Al Ritmo Del Autocuidado!

¿QUE ES?

La memoria es el proceso psicológico encargado de almacenar, codificar y recuperar acontecimientos, conceptos o procedimientos para poder adaptarnos a las distintas demandas de la vida diaria

Proceso mental que debe cuidarse y ejercitarse

(Padín, 2013)

SEGÚN: DURACIÓN

SEGÚN: FUNCIÓN

SEGÚN: CONTENIDO

- **Memoria sensorial:** Es la memoria más breve y capta información a través de los sentidos
- **Memoria a corto plazo (MCP):** Retiene información durante unos segundos y tiene una capacidad limitada
- **Memoria de trabajo:** Variante de la MCP. Manipula información para realizar tareas cognitivas como resolver problemas, aprender o razonar
- **Memoria a largo plazo (MLP):** Almacena información de forma más permanente y tiene capacidad ilimitada

- **Memoria declarativa (explícita):** Requiere esfuerzo consciente para recuperar información

Memoria episódica: Almacena eventos autobiográficos o experiencias personales

Memoria semántica: Almacena conocimientos generales y conceptos

- **Memoria no declarativa (implícita):** Se activa automáticamente y no requiere esfuerzo consciente

Memoria procedimental: Relacionada con habilidades y hábitos

- **Memoria autobiográfica:** Subtipo de la memoria episódica que incluye eventos relacionados con uno mismo
- **Memoria prospectiva:** Relacionada con recordar eventos o tareas futuras
- **Memoria emocional:** Relacionada con eventos asociados a emociones intensas

(Gómez et al., 2022)

Referencias:

Padín, G. A. (2013). La memoria: concepto, funcionamiento y anomalías. Cuadernos del Tomás, 5, 177-190.
Gómez, F. A., Pérez, F. B. D., Ortiz, B. L. Q., Vera, T. S., Herrera, J. C., & Díazq, G. G. (2022). Memoria: Revisión conceptual. Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula, 9(17), 45-52.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN LA MEMORIA

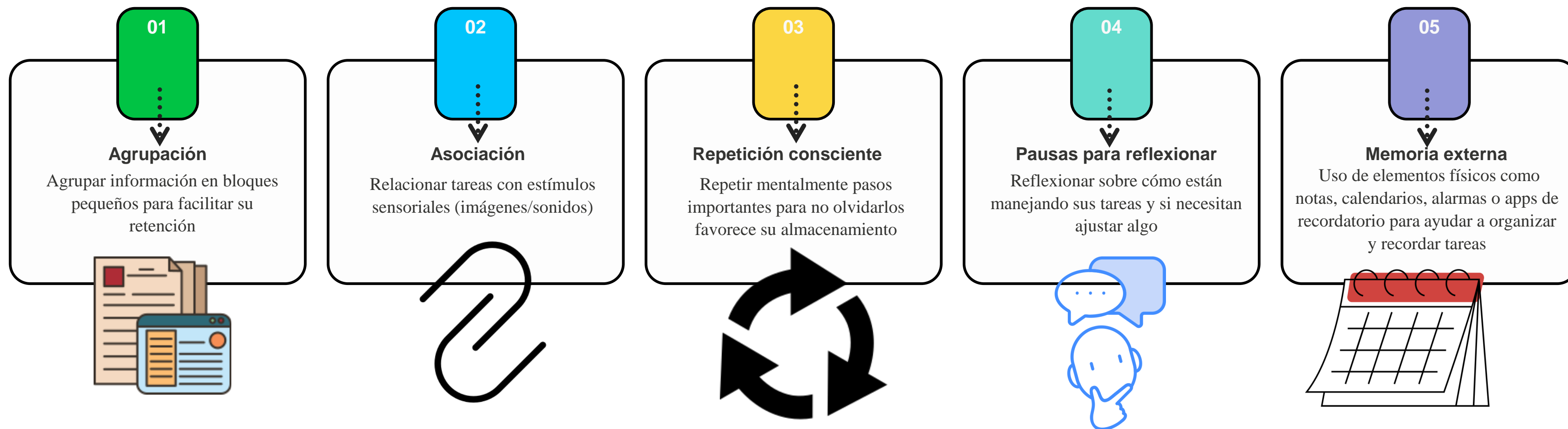
El **estrés agudo**, que ocurre en respuesta a una situación inmediata, puede tener efectos adversos en la memoria de trabajo y la memoria a corto plazo, ya que el sistema nervioso simpático

El **estrés prolongado** eleva los niveles de cortisol, lo que puede dañar el hipocampo, una estructura clave para la consolidación de la memoria a largo plazo. Reducir la neurogénesis (formación de nuevas neuronas) en el hipocampo. Alterar la conectividad entre regiones cerebrales relacionadas con la memoria, como la corteza prefrontal. Causa impacto especialmente en la memoria declarativa.

El **estrés severo** puede afectar la capacidad para recordar detalles de eventos pasados (memoria episódica) o integrarlos de manera no coherente.

El **estrés** puede interferir con la capacidad de mantener y manipular información activa en la memoria de trabajo, afectando tareas cotidianas como la toma de decisiones o la resolución de problemas.

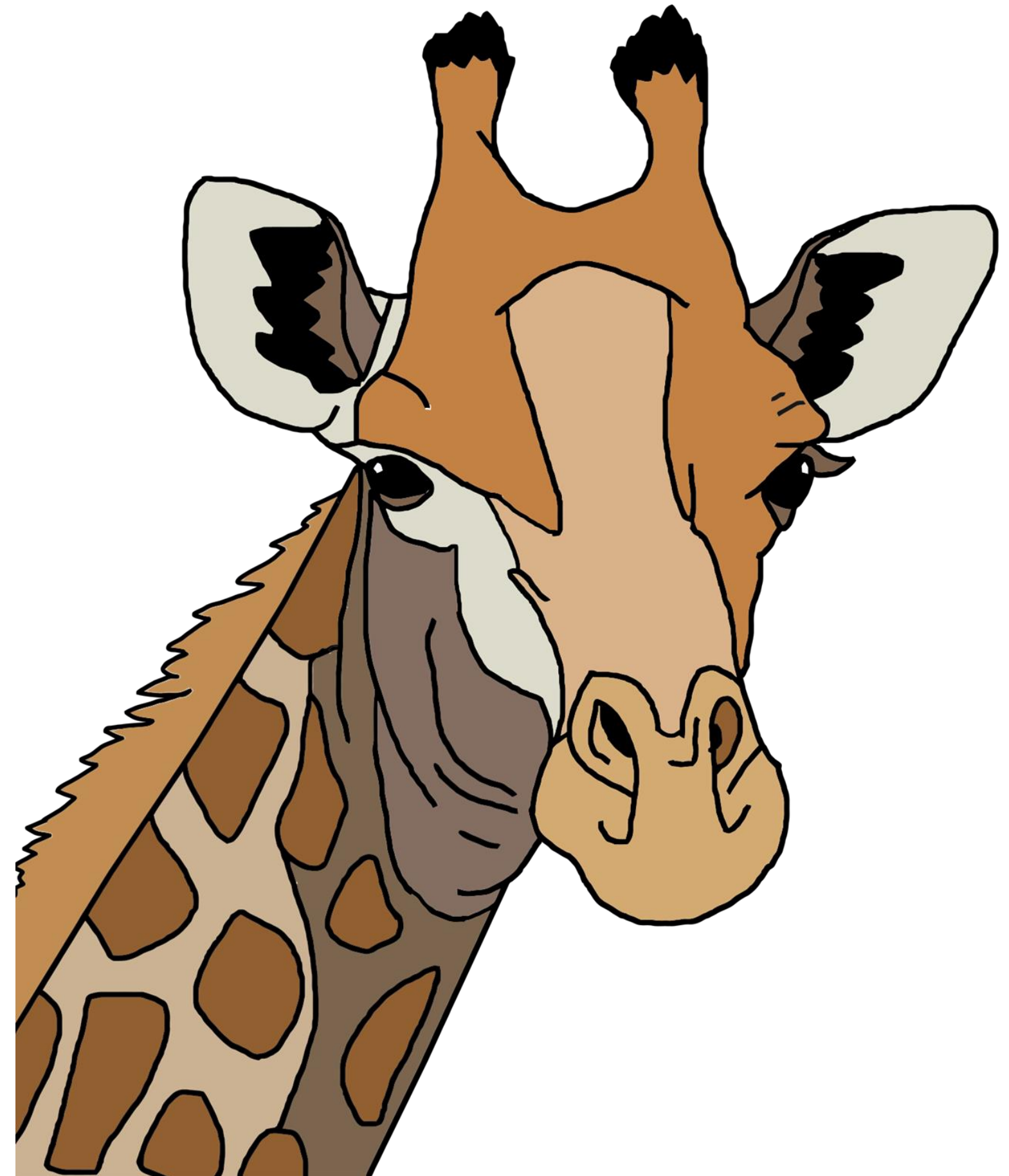
ESTRATEGIAS DE ENTRENAMIENTO



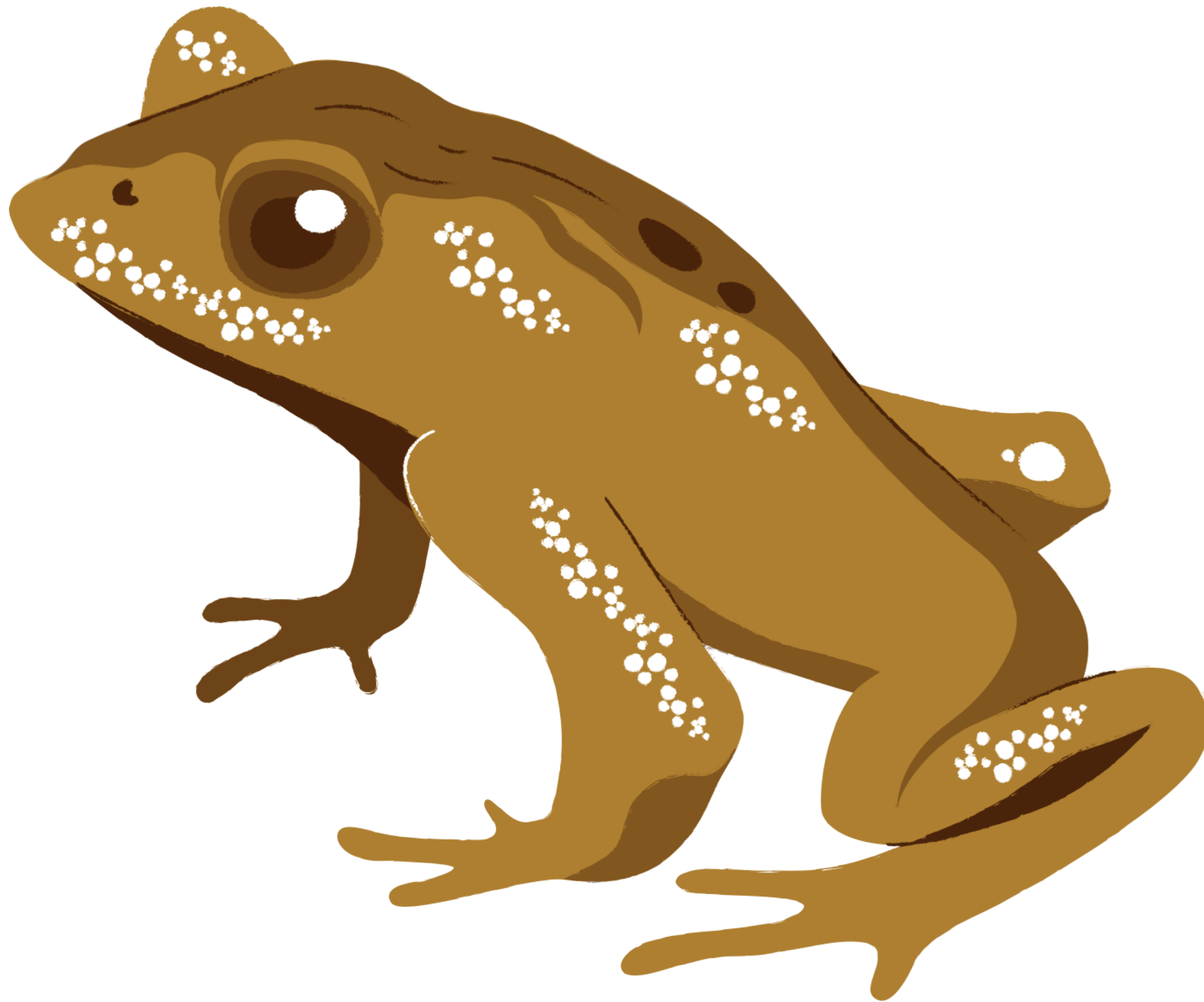
Otros: Practicar técnicas de relajación o meditación. Mejorar los hábitos de sueño. Realizar actividad física

Referencias:

Estrés y cortisol: implicaciones en la memoria y el SUEÑO Elementos: Ciencia y Cultura, vol. 19, núm. 82, abril-junio, 2011, pp. 33-38 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Puebla, México
Montejo Carrasco, P., & Montenegro Peña, M. (2016). Capítulo 5: Técnicas y Programas para entrenar la memoria. En Factores protectores del envejecimiento cognitivo (1.a ed., pp. 165-214). Soledad Ballesteros

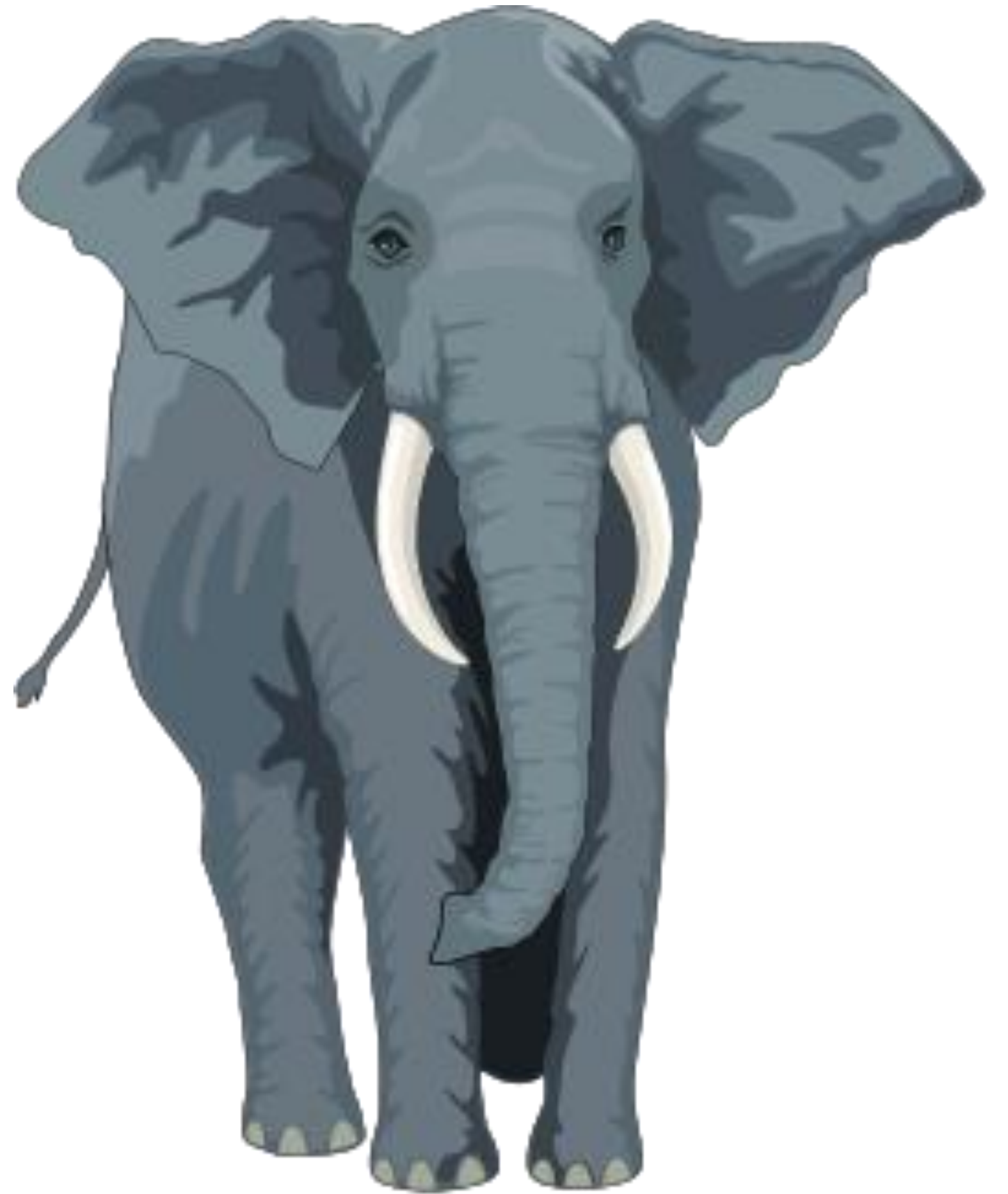








Sonido 4





Speaker icon

Volume slider

Navigation icons: back, play/pause, forward

Sonido S





Sonido 6







Sesión 8. Planificación y organización

¡Al Ritmo Del Autocuidado!

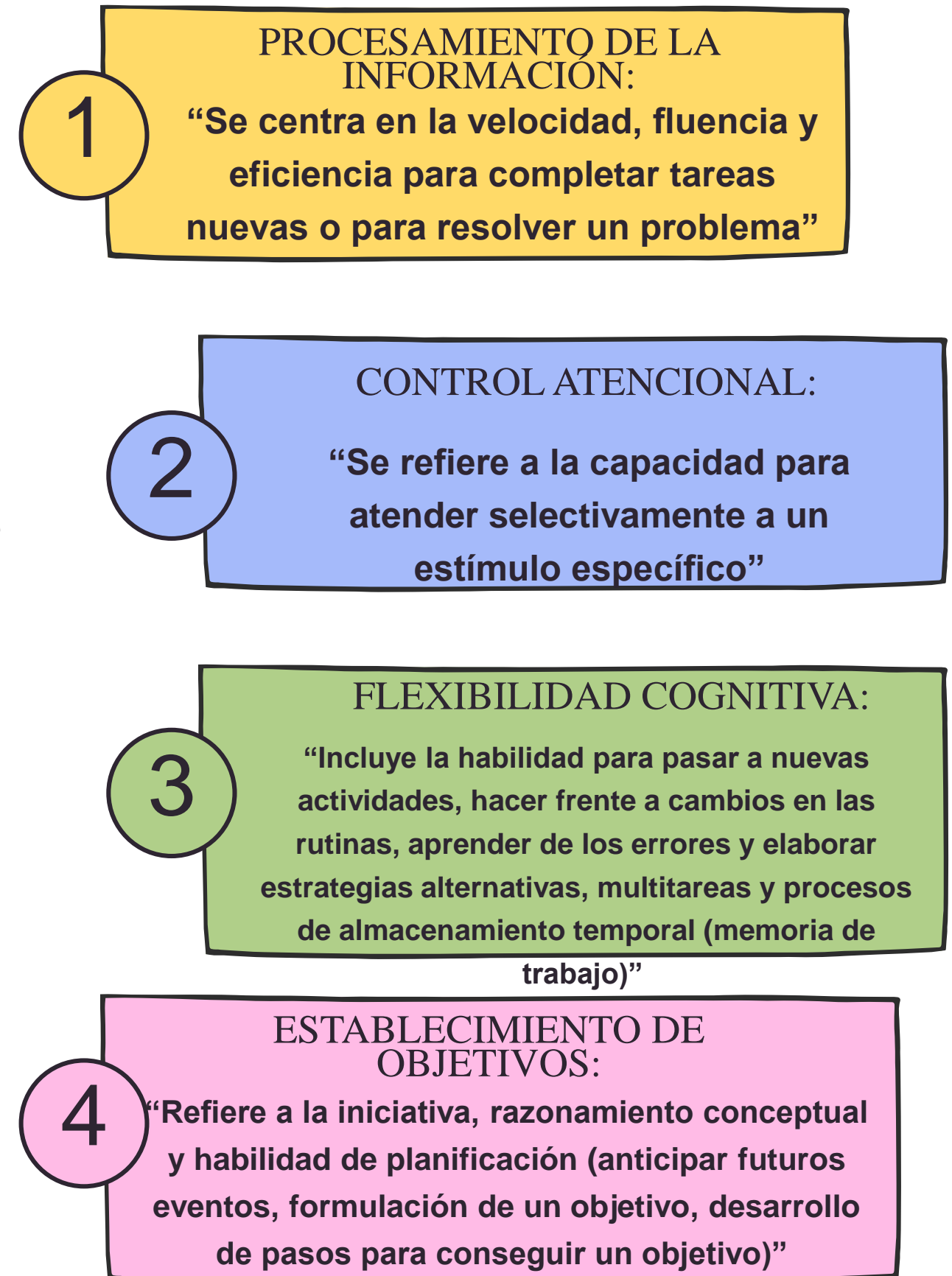
Planificación y organización, son entendidas como una función ejecutiva que hace parte de la vida cotidiana y actividades de mayor proceso cognitivo *“Dichas funciones se ponen de manifiesto cuando la persona debe ordenar y priorizar la información, plantearse objetivos y secuenciar los pasos necesarios para lograrlos”* (Inés, C.2023).

La teoría de Sistemas de control ejecutivo refiere que las funciones de planificación y organización se unen con cuatro dominios independientes:



TEORÍA DE SISTEMAS DE CONTROL EJECUTIVO

(BAUSELAS-HERRERAS, 2014. TOMADO DE INÉS, C. 2023)



Planear el siguiente día durante el encuentro, con cada participante.

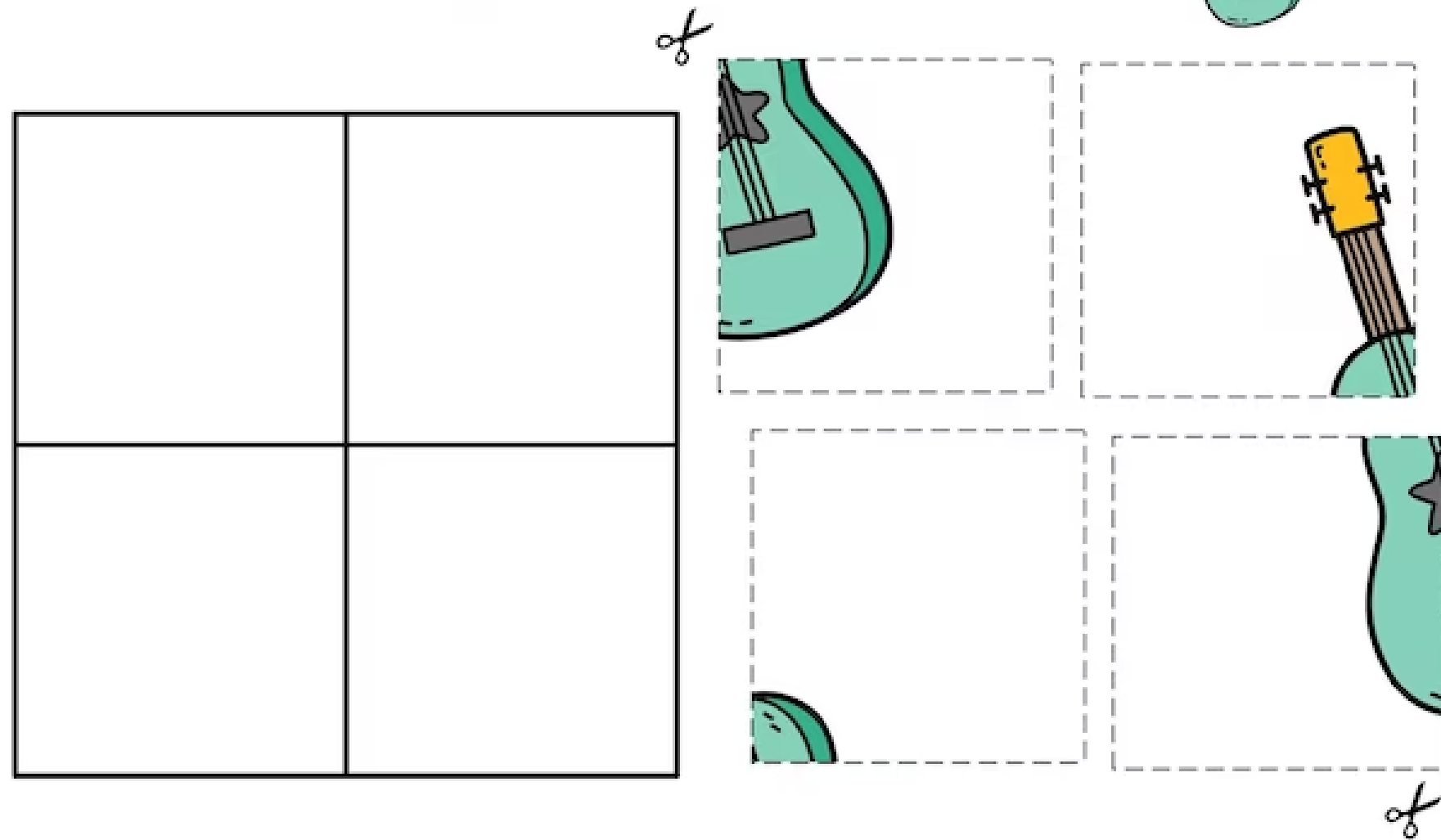
“Mi planeador del día”		
Fecha	Hora	Tarea por cumplir (Según la prioridad)
¿Qué queda para mañana?		

“Mi planeador del día” tiene como objetivo de que la persona pueda organizar y planificar las tareas del día, en donde se espera que priorice actividades de su rol y autocuidado

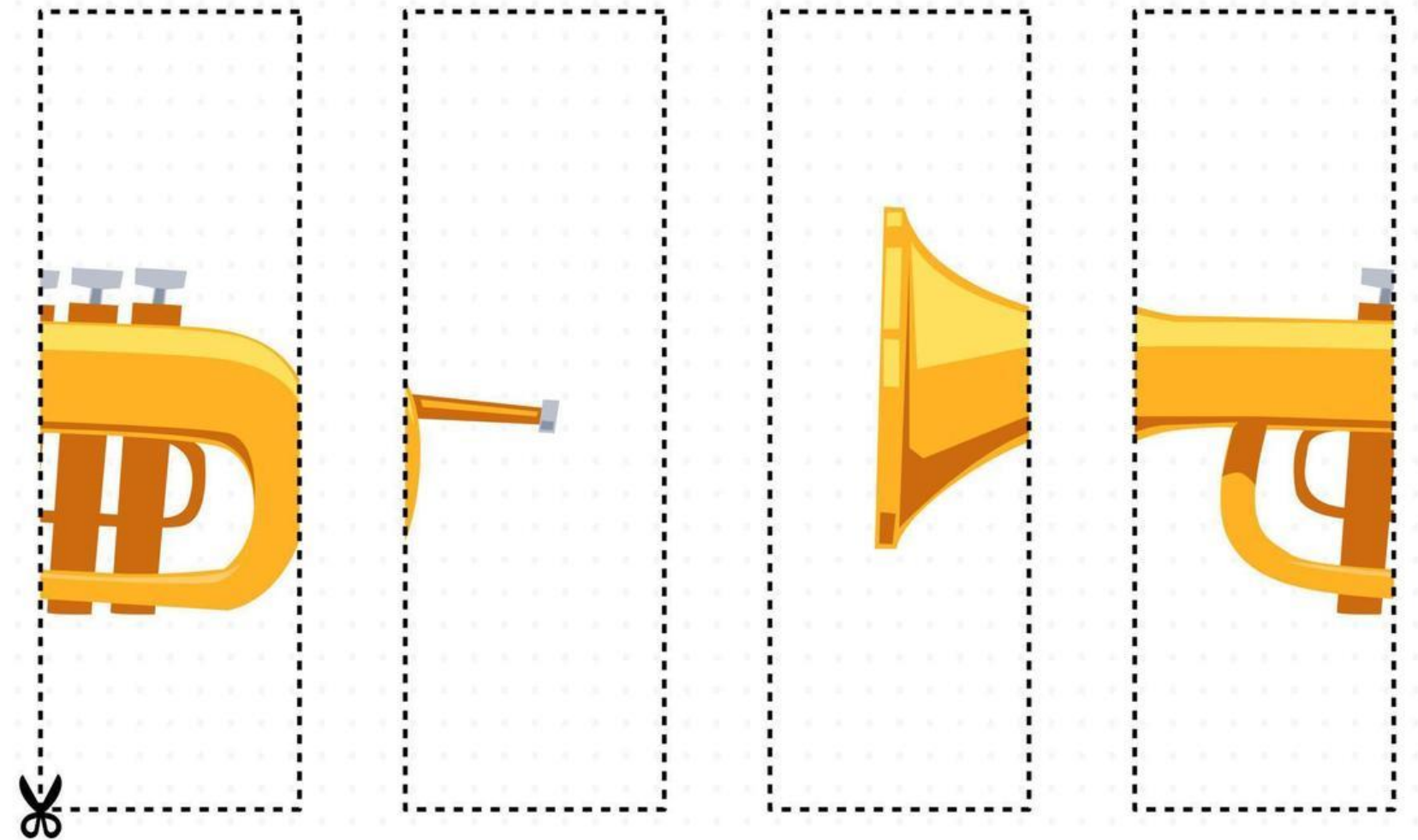
Ejemplo:

Puzzle Game

Cut out the pieces and stick them in the right place



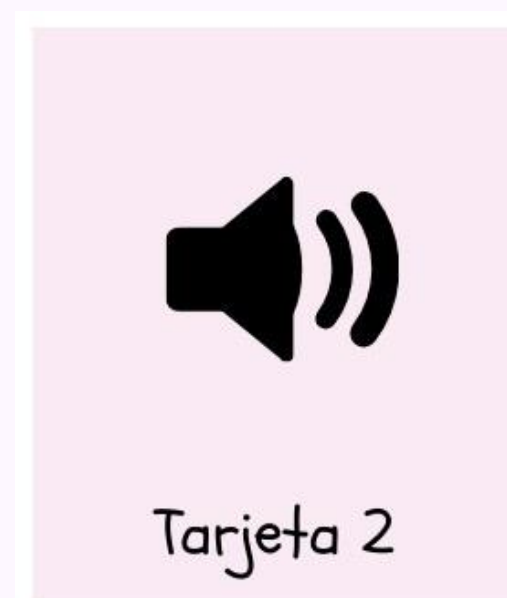
CUT AND ASSEMBLE



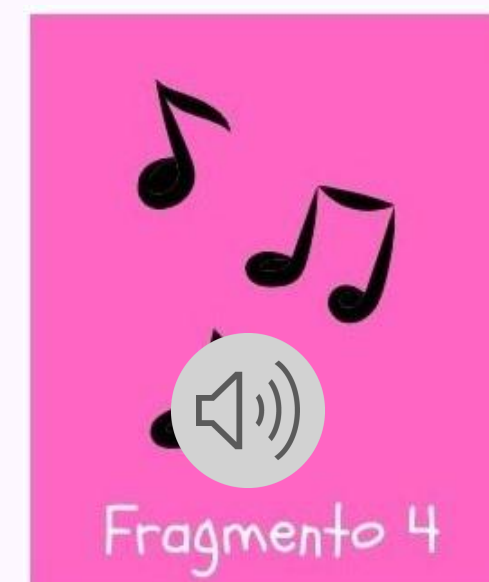
1.



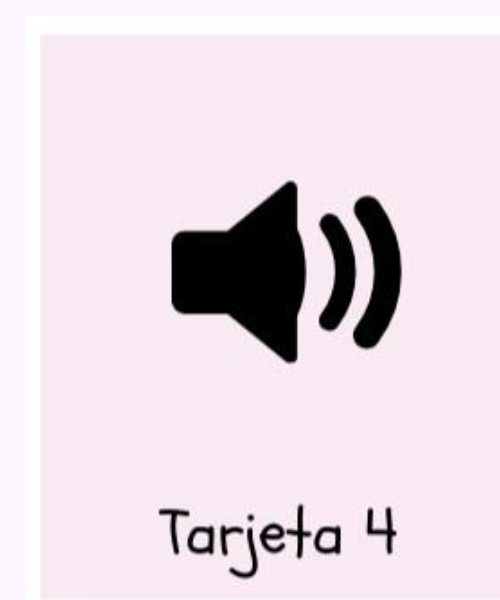
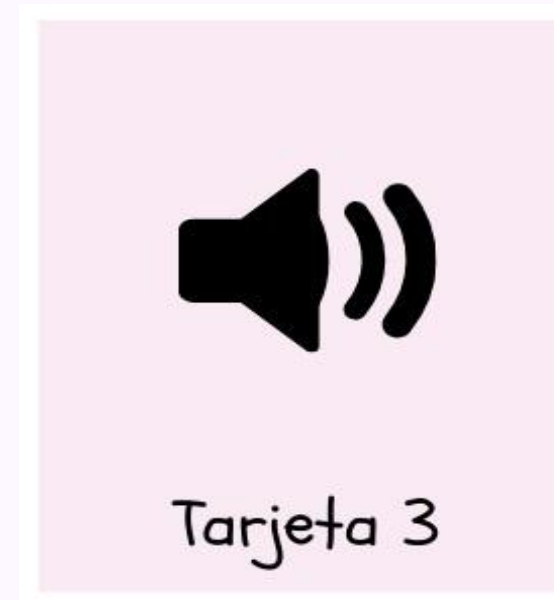
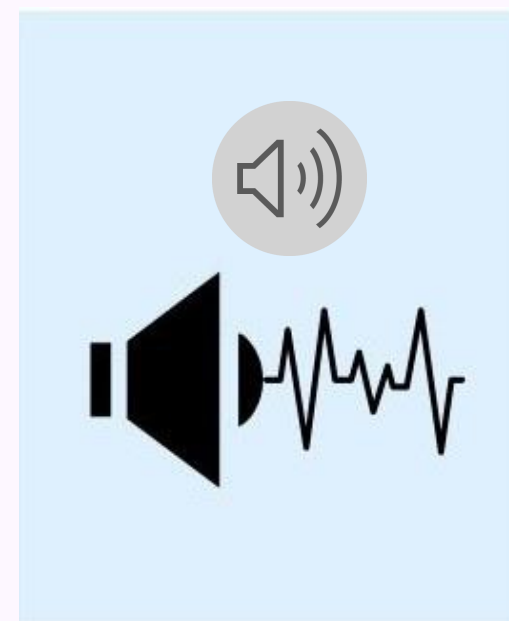
¿CUAL ES EL ORDEN?



2.



¿CUAL ES EL ORDEN?



3.



¿CUAL ES EL ORDEN?



4.



¿CUAL ES EL ORDEN?



5.



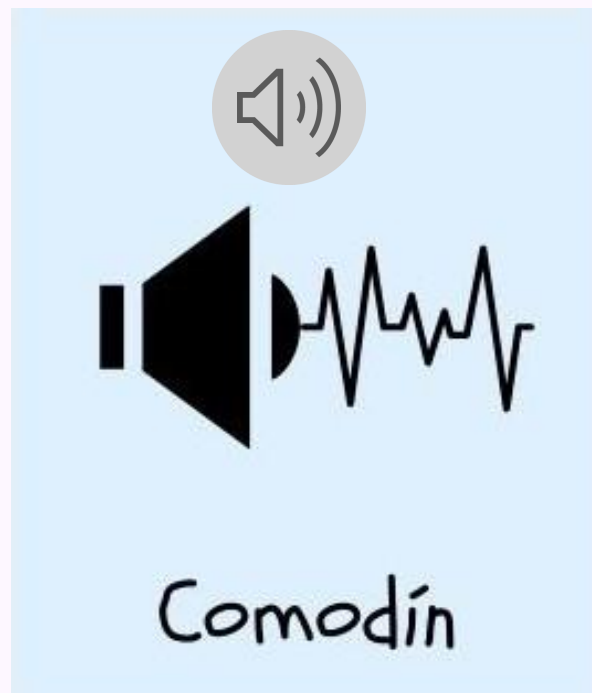
¿CUAL ES EL ORDEN?





6.

¿CUAL ES EL ORDEN?





Sesión 9. Toma de decisiones.

¡Al Ritmo Del Autocuidado!

TOMA DE DECISIONES

¿QUÉ ES LA TOMA DE DECISIONES?

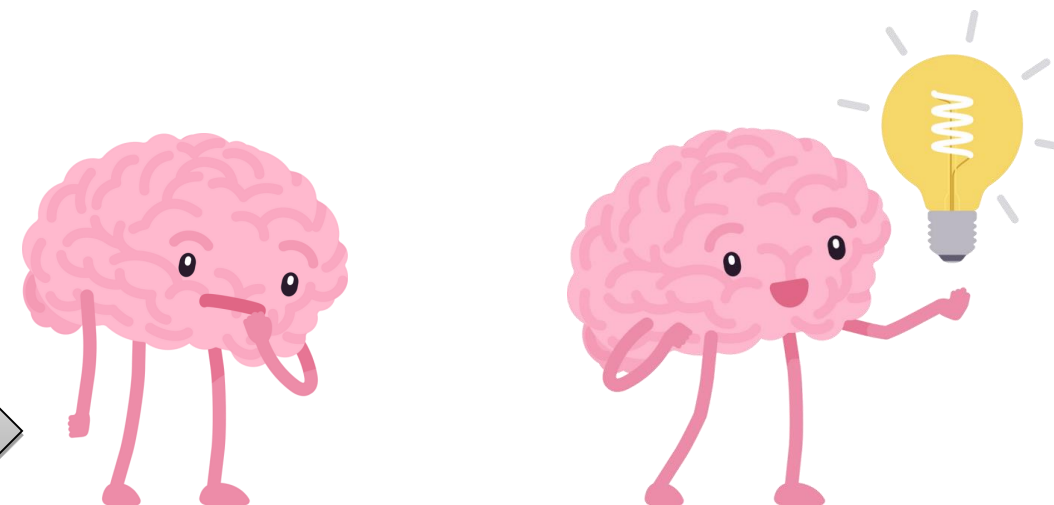
Puede definirse como la habilidad para seleccionar el curso de acción más adaptativo entre un conjunto de posibles alternativas conductuales (Bechara, Tranel y Damasio, 2000, como se citó en Genoni, 2018). Es un proceso complejo que involucra distintos factores, tales como la evaluación de los aspectos cognitivos relacionados con la situación, las consecuencias de recompensa o castigo vinculadas a cada alternativa, y las señales emocionales asociadas a las posibles respuestas.

IMPORTANCIA DE LA TOMA DE DECISIONES

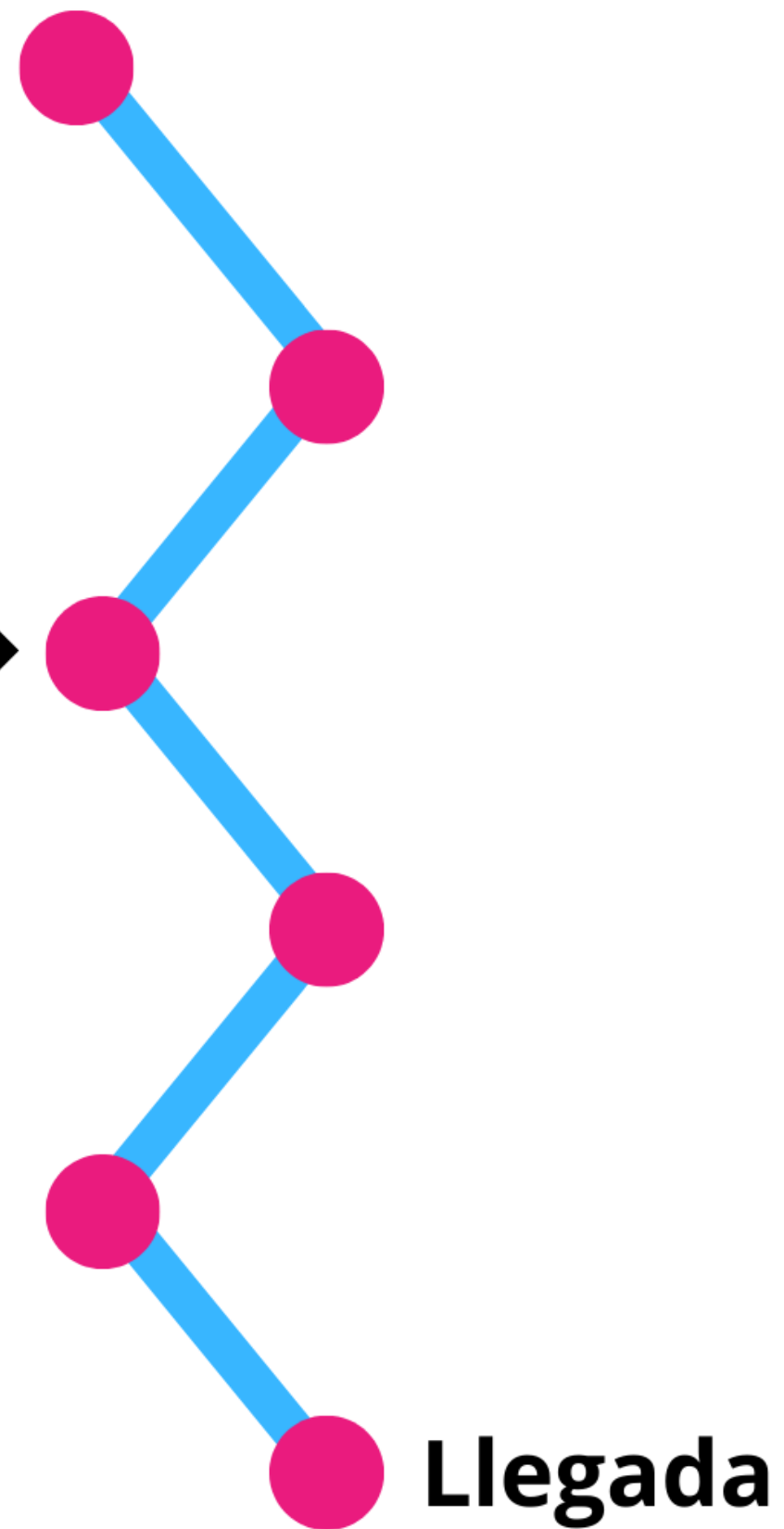
Permite seleccionar la mejor opción entre diversas alternativas, guiando nuestras acciones hacia el logro de metas y la resolución de problemas. Es fundamental en la vida cotidiana y en contextos complejos, ya que implica evaluar riesgos, beneficios, y consecuencias a corto y largo plazo, integrando tanto información racional como emocional.

PROCESO DE LA TOMA DE DECISIONES

- El primer paso consiste en procesar los estímulos relevantes del entorno, asignándoles significado, clasificándolos y valorándolos emocionalmente.
- En el segundo paso, se generan posibles alternativas para abordar un problema o situación determinada. A medida que se crean opciones, algunas son descartadas y surgen nuevas, lo que resalta la importancia de la flexibilidad cognitiva. Una vez que se toma una decisión, se elabora un plan para evaluar las posibles consecuencias, analizando los riesgos y beneficios involucrados.
- En el último paso, se comparan los resultados obtenidos con las expectativas iniciales, asignándoles un valor a esta experiencia. Esto es fundamental, ya que ayudará en futuras decisiones (Estévez, M. s.f.).



La elección de los instrumentos debe ser en cada punto, excepto en el último que es el de llegada.



Ejemplo de los caminos en zigzag que irán en el suelo.



Nota: se reproducirá una pista por laberinto (justo antes de iniciar el laberinto), pero no se dirán ni mostrarán los nombres de los géneros musicales a los participantes.

Camino de Jazz



Saxofón



Flauta dulce



Gaita



Contrabajo



Cítara



Piano



Trompeta



Ukulele



Corneta china



Batería



Llegada

Respuestas correctas:

1. Saxofón.
2. Contrabajo.
3. Piano.
4. Trompeta.
5. Batería.



Saxofón



Flauta dulce



Gaita



Contrabajo



Cítara



Piano



Trompeta



Ukulele

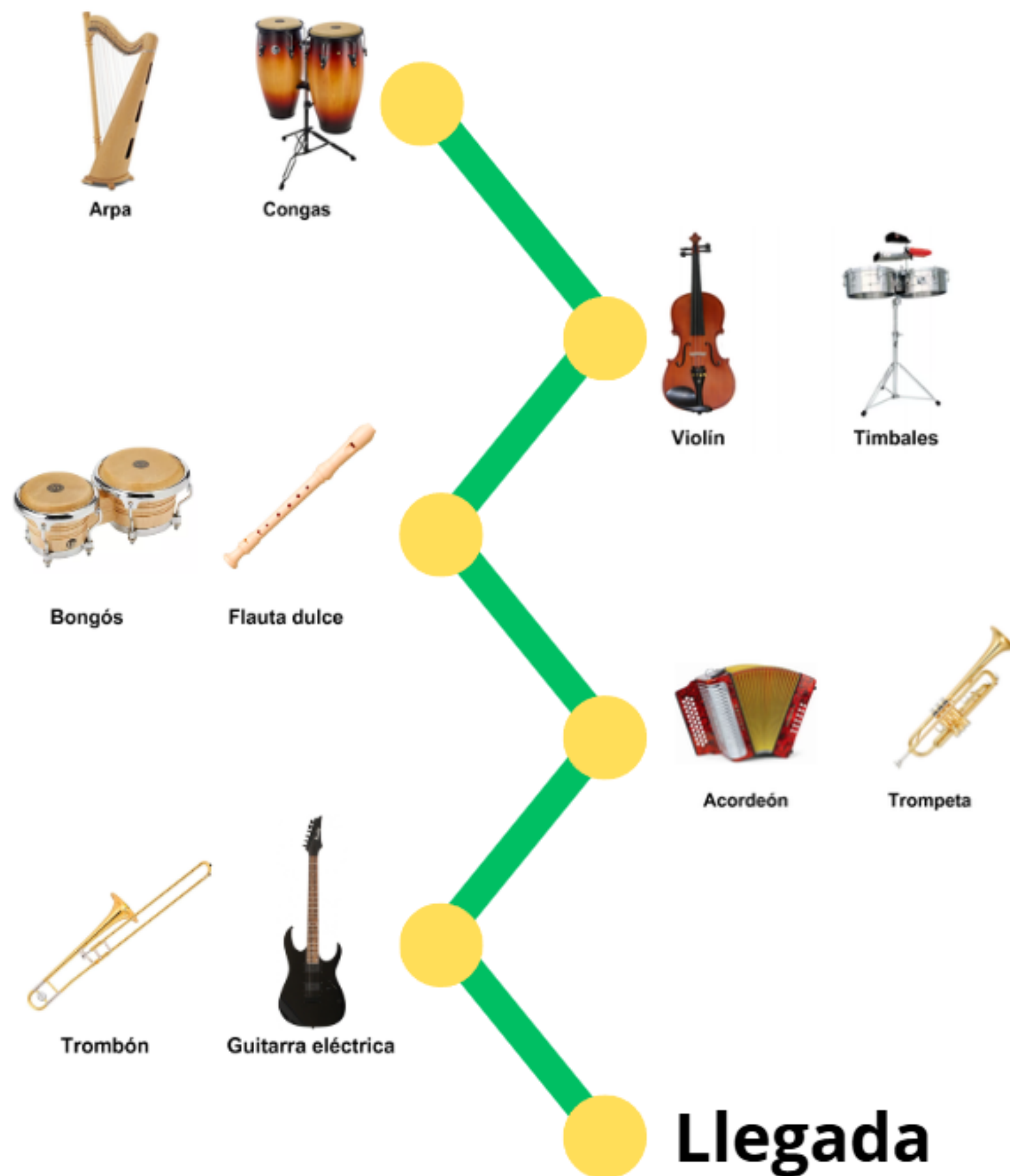


Corneta china



Batería

Camino de Salsa



Respuestas correctas:

1. Congas.
2. Timbales.
3. Bongós.
4. Trompeta.
5. Trombón.



Arpa



Congas



Violín



Timbales



Bongós



Flauta dulce



Acordeón



Trompeta



Trombón



Guitarra eléctrica

Camino de música Andina



Respuestas correctas:

1. Quena.
2. Zampoña.
3. Bombo andino.
4. Flauta de pan.
5. Charango.



Quena



Guitarra eléctrica



Zampona



Batería



Clarinete



Bombo andino



Trompeta



Flauta de pan

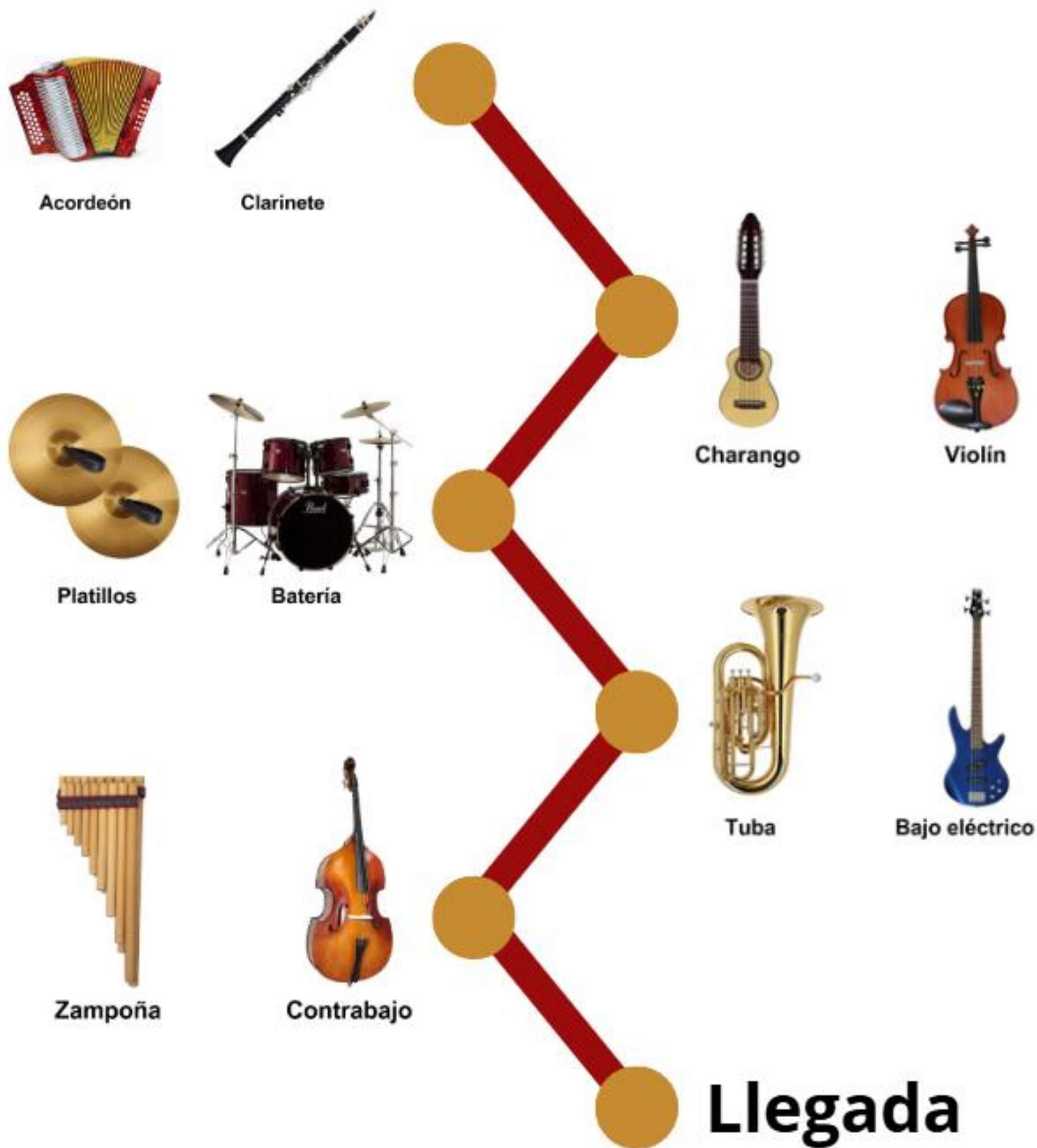


Charango



Saxofón

Camino de música clásica



Respuestas correctas:

1. Clarinete.
2. Violín.
3. Platillos.
4. Tuba.
5. Contrabajo.



Acordeón



Clarinete



Charango



Violín



Platillos



Batería



Tuba



Bajo eléctrico



Zampoña



Contrabajo



Sesión 10. Control emocional

¡Al Ritmo Del Autocuidado!

¿Que es?

Las emociones son reacciones automáticas a estímulos externos (situaciones, personas, etc.) e internos (imágenes mentales, pensamientos, sensaciones fisiológicas, etc.).

Funciones

Supervivencia: Las emociones permiten dar información sobre el ambiente y garantizan la supervivencia.

Funciones

Comunicación: Los seres humanos necesitan comunicarse para sobrevivir. El proceso de comunicación se transmite a través de la comunicación no verbal y/o para verbal.

Emociones primarias

Son aquellas respuestas ha estímulos externos e internos que, determinada la respuesta o comportamiento. Estas emociones surgen en los primeros años de vida y sirven de base en el desarrollo de emociones y sentimientos. Estas emociones básicas son: miedo, alegría, tristeza, ira, asco y sorpresa.

Emociones secundarias

Estas se desarrollan posterior a las primeras, pero continúan teniendo lugar en momentos primarios de vida. Las emociones secundarias expresan pensamientos, creencias y expectativas. Un ejemplo de estas es: pensamientos de incapacidad o catastrofistas y experimentar una elevada ansiedad.



(López, M. Millán, P y López, J
(2023)

Tres canales de respuesta



¿Que canción representaría esa situación?

EJERCICIO PRÁCTICO

Situación	¿Que pensé?	¿Que sentí?	¿Que hice?	Canción

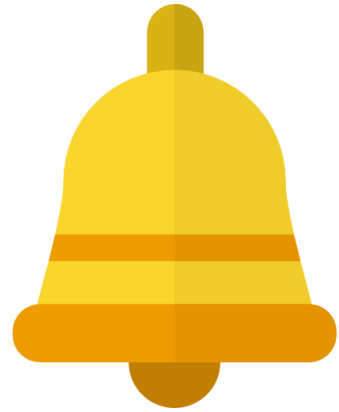
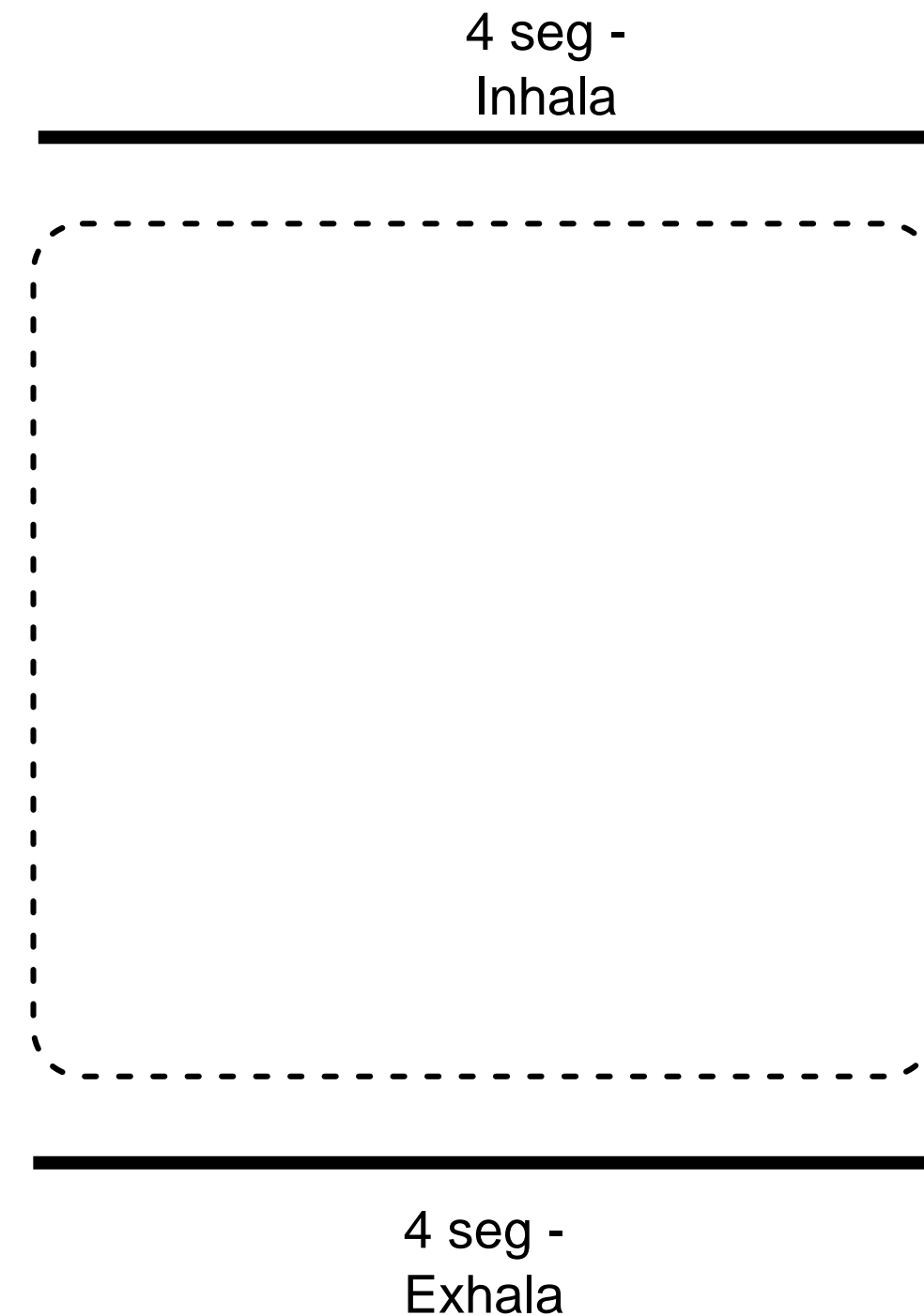
Respiración diafragmatica 4x4

Póngase en una posición cómoda. Sentado con espalda recta. Mano derecha en el pecho y mano izquierda en el estómago. La mano en su pecho no debe moverse. La mano encima de su estómago permitirá que sienta su estómago subir y bajar al respirar.

- Inhale por la nariz, exhale por la boca
- Inhale por la nariz en 4 tiempos. El aire debe llegar al estómago
- Sostenga el aire por 4 tiempos
- Exhale por 4 tiempos
- Siga exhalando por 4 tiempos. Preparándose para iniciar de nuevo la respiración.



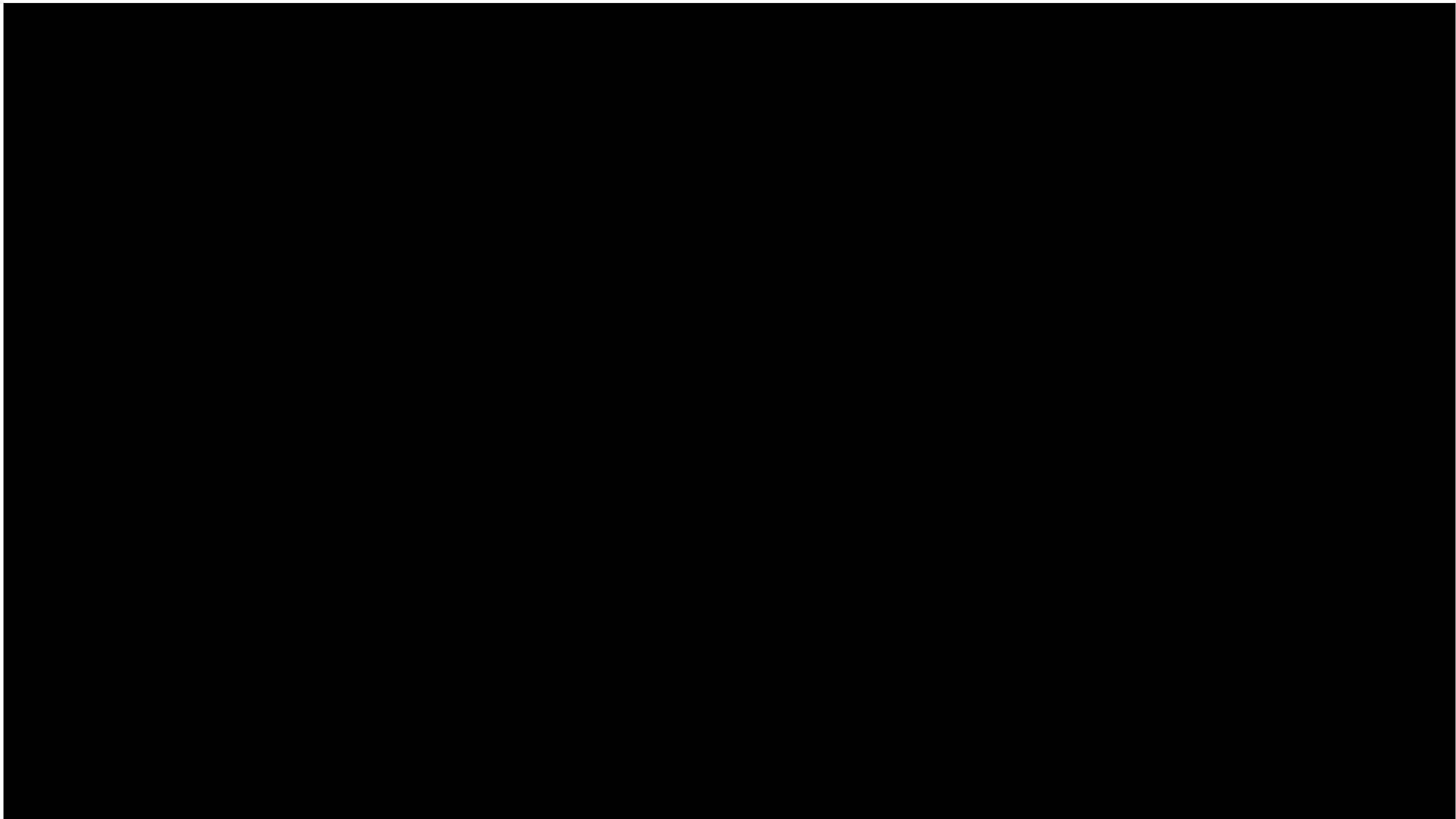
4 seg -
Sostiene



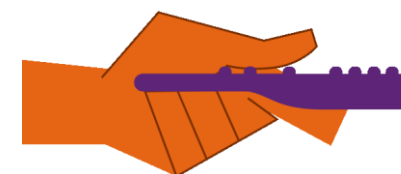
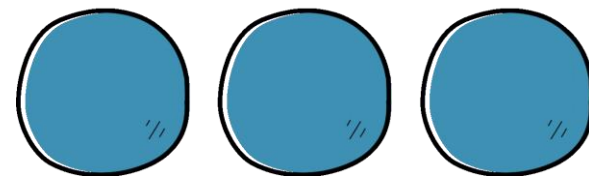


Sesión 11. Gratificación diferida y autocontrol

¡Al Ritmo Del Autocuidado!



GRATIFICACIÓN DIFERIDA



AUTOCONTROL

La gratificación diferida es la capacidad de posponer una recompensa inmediata a cambio de obtener un beneficio mayor o más significativo en el futuro. Este proceso implica autocontrol, planificación y tolerancia al malestar temporal.

El autocontrol es la capacidad para regular impulsos, emociones y comportamientos con el fin de alcanzar metas deseadas o adaptarse a normas y expectativas sociales.

(Ávila et al., 2018)

(Arrieta Ávila, L. A., & Chaverri Chaves, P. 2019).

BENEFICIOS EN EL ROL DE CUIDADORES

- **Reducción del estrés impulsivo:** Posponer la satisfacción inmediata permite priorizar necesidades esenciales tanto propias como de los cuidados.
- **Promueve la resiliencia:** Al enfocarse en metas a largo plazo, los cuidadores pueden desarrollar mayor tolerancia a las dificultades del día a día.
- **Mejor toma de decisiones:** Facilita la priorización de tareas importantes sobre distracciones momentáneas.
- **Modelado positivo:** Los cuidadores pueden enseñar a los niños o personas bajo su cuidado la importancia de manejar los impulsos.

DECISIONES

Influye significativamente en la toma de decisiones al favorecer elecciones más reflexivas y orientadas a largo plazo.

- **Impulsivas:** Reacciones inmediatas influenciadas por emociones o estrés, sin evaluar consecuencias.
- **Planificadas:** Implican evaluación de riesgos, beneficios y consecuencias a largo plazo.

AGOTAMIENTO

El agotamiento físico y emocional en cuidadores disminuye la capacidad de autocontrol, aumentando la probabilidad de tomar decisiones impulsivas, como reaccionar negativamente en momentos de tensión o descuidar su autocuidado.

ESTRÉS

El estrés prolongado afecta la capacidad del cerebro para priorizar, planificar y controlar impulsos. Esto ocurre debido a la activación del sistema límbico (respuesta emocional) y la disminución de la actividad en áreas responsables del autocontrol.

CORTEZA PREFRONTAL

La corteza prefrontal es clave para el autocontrol, ya que regula funciones ejecutivas como la toma de decisiones, la atención y el manejo de emociones. En situaciones de estrés crónico, esta área puede verse inhibida, lo que dificulta la capacidad de posponer recompensas inmediatas y tomar decisiones racionales.

IMPORTANCIA EN EL ROL DE CUIDADORES

- **Evita reacciones impulsivas ante el estrés:** Facilita una respuesta calmada en situaciones desafiantes.
- **Promueve la constancia:** Permite mantener rutinas esenciales para el bienestar del cuidado.
- **Fomenta relaciones saludables:** Mejora la empatía y la comunicación efectiva con las personas bajo su cuidado.

Referencias:

- Ávila, R., Ortega, B. E., & Jardines, D. K. (2018). Parámetros de la demora de la gratificación en humanos. *Acta Comportamental*, 26(1), 15-27
- Arrieta Ávila, L. A., & Chaverri Chaves, P. (2019). Componentes del autocontrol. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 22(2).

01. Distracción intencional

Desviación de la atención ayuda a fortalecer el autocontrol. (Se pueden usar opciones musicales para esta estrategia)

02. Reevaluación de Consecuencias (Técnica de “La Pausa”)

Permitir espacios para pensar en las consecuencias a largo plazo antes de tomar una decisión impulsiva

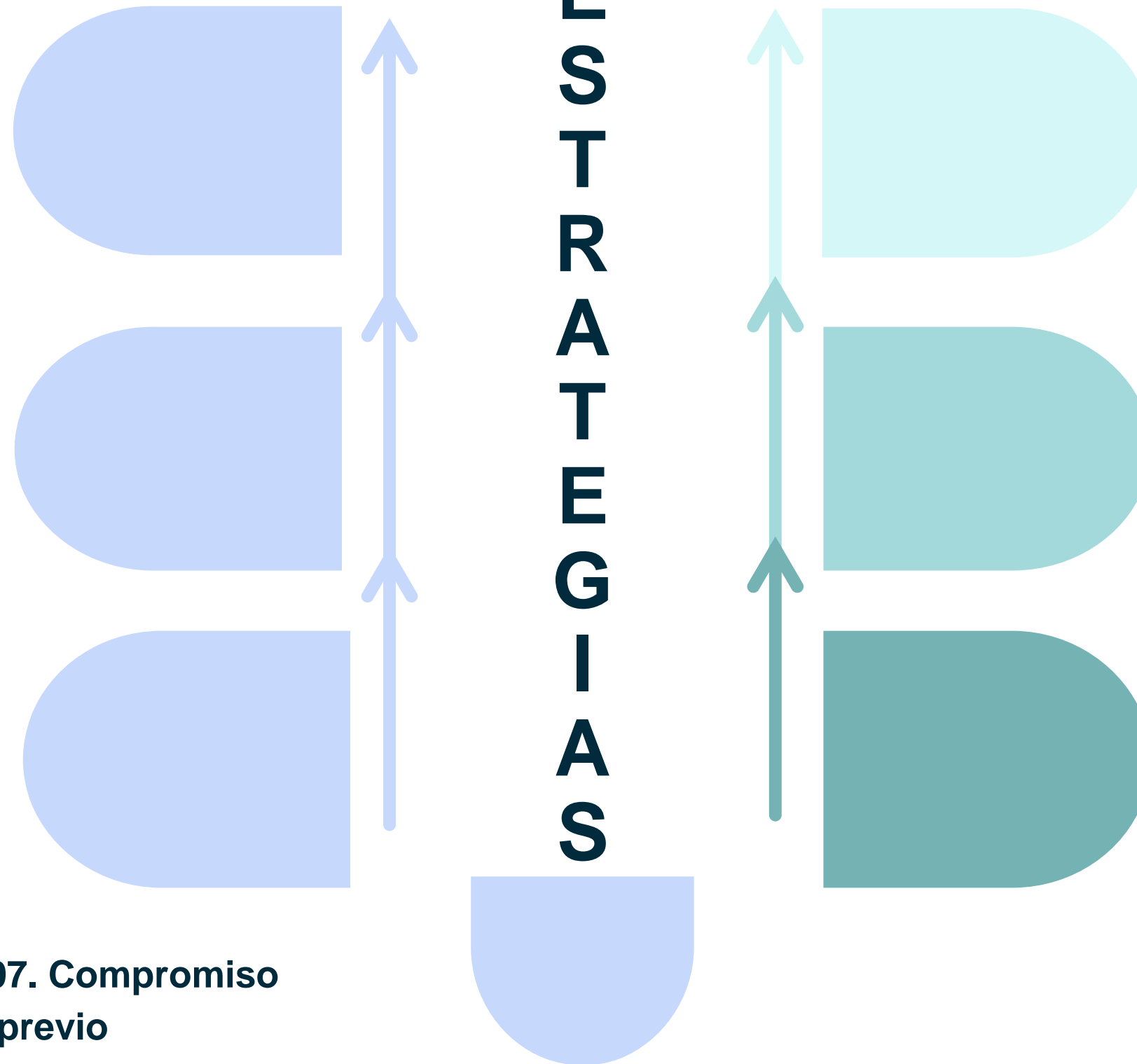
03. Auto diálogo positivo

El uso de frases de motivación personal y la auto explicación verbal de dicho esfuerzo puede ayudar a retrasar la gratificación inmediata y mantener el foco en metas a largo plazo.

07. Compromiso previo

Se realiza un compromiso de acción de autocuidado para una tarea que genera fatiga y que no es posible postergar, una vez finalizada dicha tarea se lleva a cabo tal compromiso como refuerzo ante el cumplimiento.

ESTRATEGIAS



04. Fraccionamiento de metas

Dividir tareas grandes en metas más pequeñas y accesibles pueden mantener el control a lo largo del tiempo reduciendo la fatiga.

05. Atención plena

Tomar espacios de atención plena a sus emociones y pensamientos mejora la autoconciencia y reduce los impulsos.

06. Postergación Intencional

Aplazar una tarea con el fin de permitir espacios de atención plena, reflexión, ventilación y regulación emocional, permite la claridad mental y la evaluación de consecuencias para un autocontrol adecuado. Esta estrategia debe ser establecida adecuadamente para no confundir con evitación.

(Montgomery, 2008)

Referencias:

Montgomery, W. (2008). Teoría, investigación y aplicaciones clínicas del autocontrol. Revista IIPSI, (11) 2, pp. 215-225. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

Encuesta: Tus Frutas Favoritas

¡Queremos conocer tus frutas favoritas! Por favor, selecciona las dos frutas que más te gusten de la lista o escribe las tuyas si no están incluidas.

1. ¿Cuál es tu primera fruta favorita?

- Manzana
- Plátano
- Fresa
- Mango
- Uva

Naranja

1. ¿Cuál es tu segunda fruta favorita?

- Manzana
- Plátano
- Fresa
- Mango
- Uva

Naranja





Frases de autocontrol

"Cada momento que espero me acerca más a mi objetivo."

"El verdadero poder está en dominar mis impulsos, no en seguirlos."

"Cada decisión consciente fortalece mi capacidad para elegir mejor mañana."

"El autocontrol es el puente entre lo que soy y lo que quiero ser."

"Posponer la gratificación me regala logros más duraderos."

"Mis metas son más grandes que cualquier tentación momentánea."

"Elegir con calma hoy me ahorra arrepentimientos mañana."

"Ser dueño de mis emociones me permite ser dueño de mi destino."

"En cada decisión difícil construyo la versión más fuerte de mí."

"La paciencia hoy me abre las puertas del éxito mañana."

"El mayor regalo que puedo darme es esperar por aquello que realmente vale la pena."

"Cada elección que pospongo fortalece mi capacidad de alcanzar lo extraordinario."

Situaciones como cuidadores

Quando los cuidadores sienten que están abrumados por las demandas del cuidado.

Ante la necesidad de decidir rápidamente cómo manejar una situación con la persona bajo su cuidado (Conflicto).

Quando sienten que deben sacrificar su tiempo personal o bienestar por las necesidades del cuidado.

Quando sienten la tentación de optar por comida rápida o poco saludable debido al cansancio o la falta de tiempo.

Al intentar equilibrar las tareas del hogar, el cuidado y otros compromisos.

Al enfrentarse a la frustración de que la persona bajo su cuidado no siga las indicaciones o rechace su ayuda.

Quando necesitan gestionar recursos económicos limitados entre las necesidades del cuidado y sus propios gastos personales.

Al lidiar con el deseo de abandonar temporalmente sus responsabilidades para escapar del estrés.

Al posponer citas médicas personales porque consideran que las necesidades de la persona a su cargo son más importantes.

En situaciones donde deben controlar su tono o actitud frente a comportamientos desafiantes de la persona bajo su cuidado.

Quando sienten que el cansancio los lleva a descuidar sus hábitos de autocuidado, como la alimentación balanceada o el ejercicio.

En momentos en que sienten la necesidad de responder emocionalmente ante un conflicto con la persona a su cargo.

Preguntas orientadoras

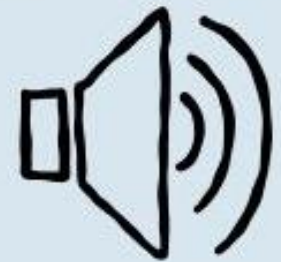
- ¿Qué situaciones específicas en tu rol de cuidador te hacen más propenso(a) a buscar recompensas inmediatas? Para identificar los desencadenantes personales del comportamiento impulsivo.
- ¿Cómo influye el agotamiento en tu capacidad para ejercer autocontrol en situaciones difíciles? Para conectar la fatiga con la dificultad de posponer gratificaciones y buscar estrategias para manejarlo.
- ¿Qué emociones suelen estar presentes cuando enfrentas decisiones entre gratificación inmediata y metas a largo plazo? Para explorar la relación entre emociones y toma de decisiones
- ¿Qué pequeños cambios podrías hacer en tu rutina diaria para fortalecer tu capacidad de esperar por recompensas mayores? Para fomentar la aplicación de estrategias concretas en la vida diaria.
- ¿Cómo podrías involucrar a tus redes de apoyo para que te ayuden a practicar la gratificación diferida en tu vida diaria? Para resaltar el papel del apoyo social en el desarrollo del autocontrol.
- ¿Qué beneficios has experimentado o crees que podrías experimentar al tomar decisiones planificadas en lugar de impulsivas? Para reforzar la motivación hacia el cambio positivo.
- ¿Qué estrategias puedes implementar en tu vida diaria para mejorar tu autocontrol? Para cerrar con acciones concretas que los participantes puedan aplicar.



Sesión 12. Empatía

¡Al Ritmo Del Autocuidado!

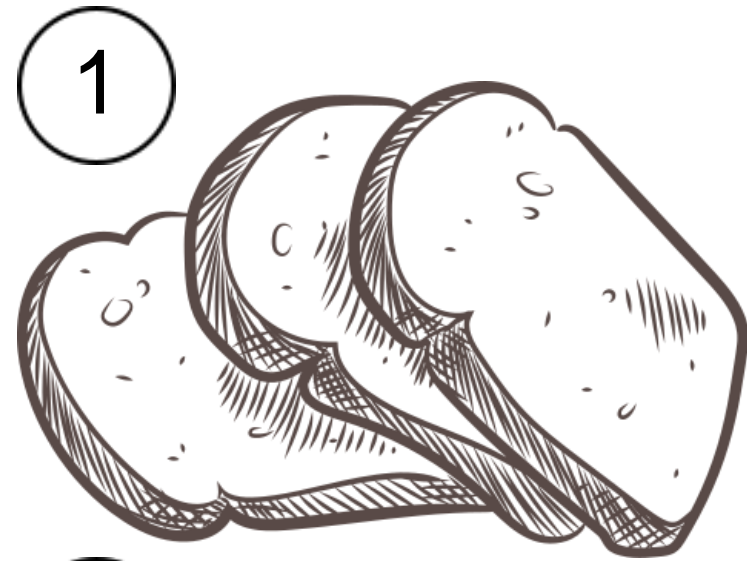
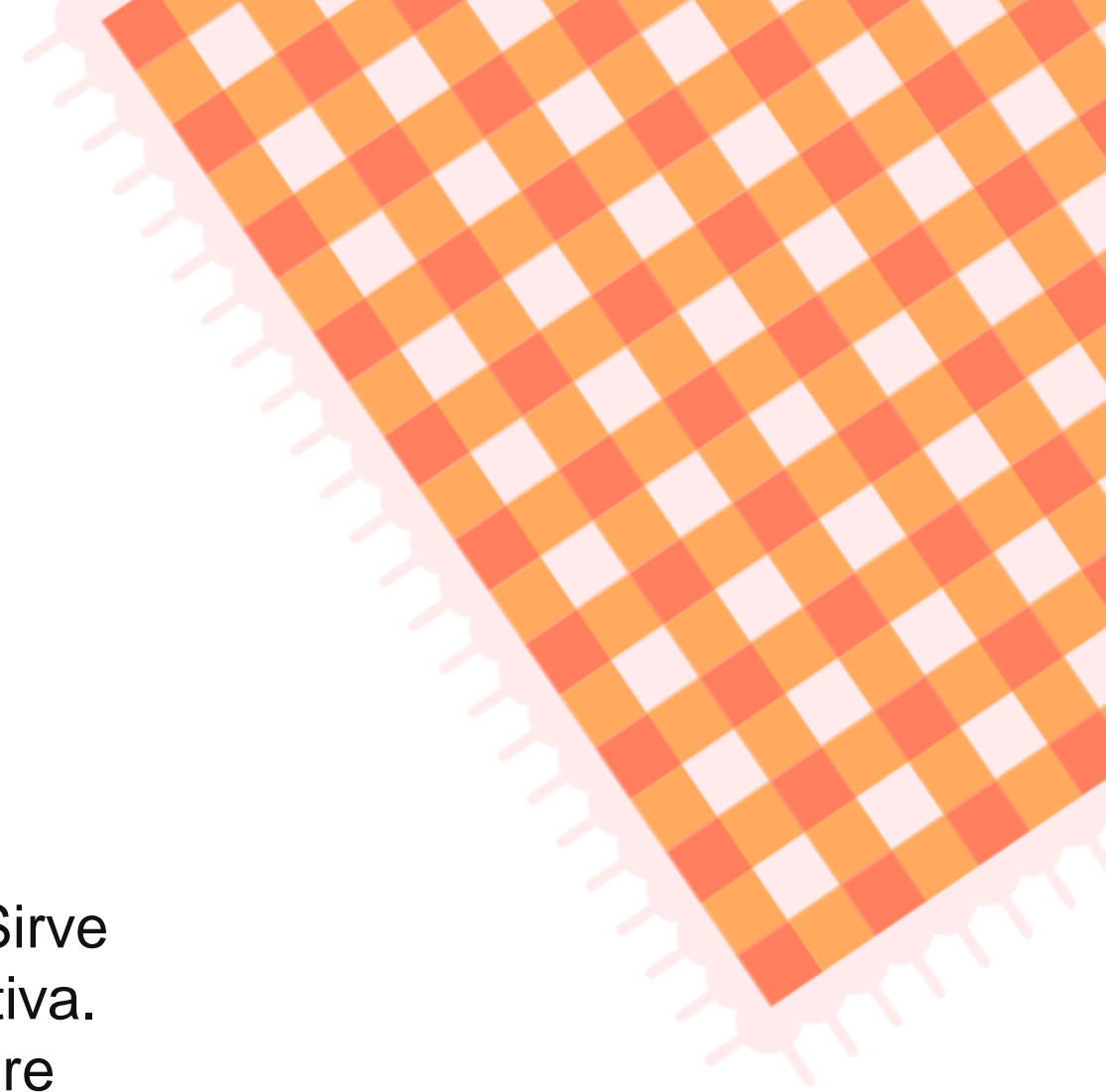
5



Relax ambiental
song-01 del autor
Jazz Beats Cafe

 **Renderforest**

TÉCNICA DEL SÁNDWICH



INICIO POSITIVO (PAN SUPERIOR)

Comienza con un comentario positivo o reconocimiento sincero. Sirve para suavizar el mensaje y hacer que la persona esté más receptiva. Ejemplo: "Me gusta mucho tu compromiso con el equipo, siempre aportas buenas ideas."



PRIMERA PARTE DEL RELLENO: CONTEXTO Y PEQUEÑA OBSERVACIÓN (VEGETALES)

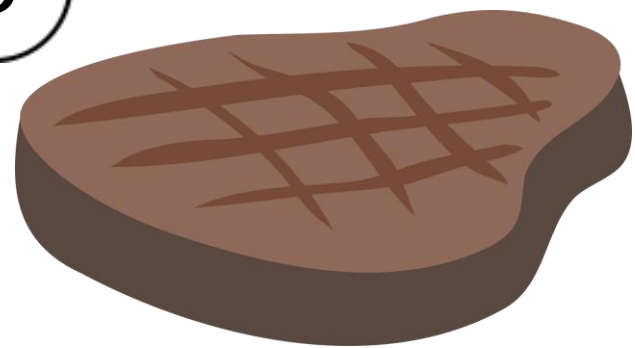
Introduce de manera suave el problema, dando un contexto o una observación leve. Ayuda a preparar el terreno antes de abordar el punto más crítico. Ejemplo: "A veces, en las reuniones, noto que las conversaciones pueden volverse un poco apresuradas."



TÉCNICA DEL SÁNDWICH



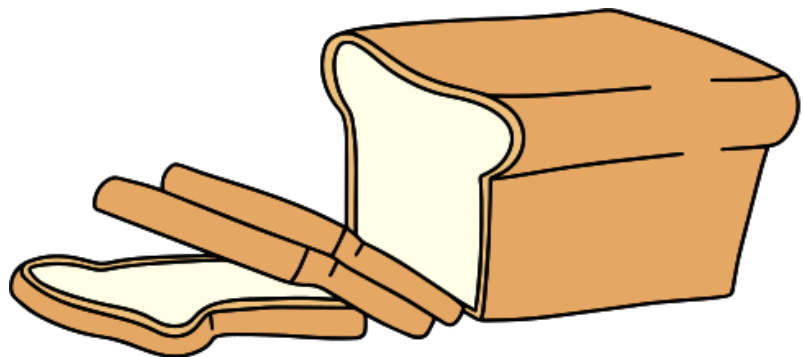
3



INICIO POSITIVO (PAN SUPERIOR) SEGUNDA PARTE DEL RELLENO: ABORDAJE DEL PROBLEMA PRINCIPAL (CARNE)

Comienza con un comentario positivo o reconocimiento sincero. Sirve para suavizar el mensaje y hacer que la persona esté más receptiva.
Ejemplo: "Me gusta mucho tu compromiso con el equipo, siempre aportas buenas ideas."

4



CIERRE POSITIVO Y SOLUCIÓN (PAN INFERIOR)

Finaliza con un mensaje alentador y una posible solución. Refuerza la confianza y motiva el cambio. Ejemplo: "Estoy seguro de que, si das más espacio a los demás para hablar, tus ideas serán aún más valoradas. ¿Qué te parece si intentamos una dinámica en la próxima reunión para mejorar esto?"





Relax ambiental song-
02 del autor Lofi
Timer

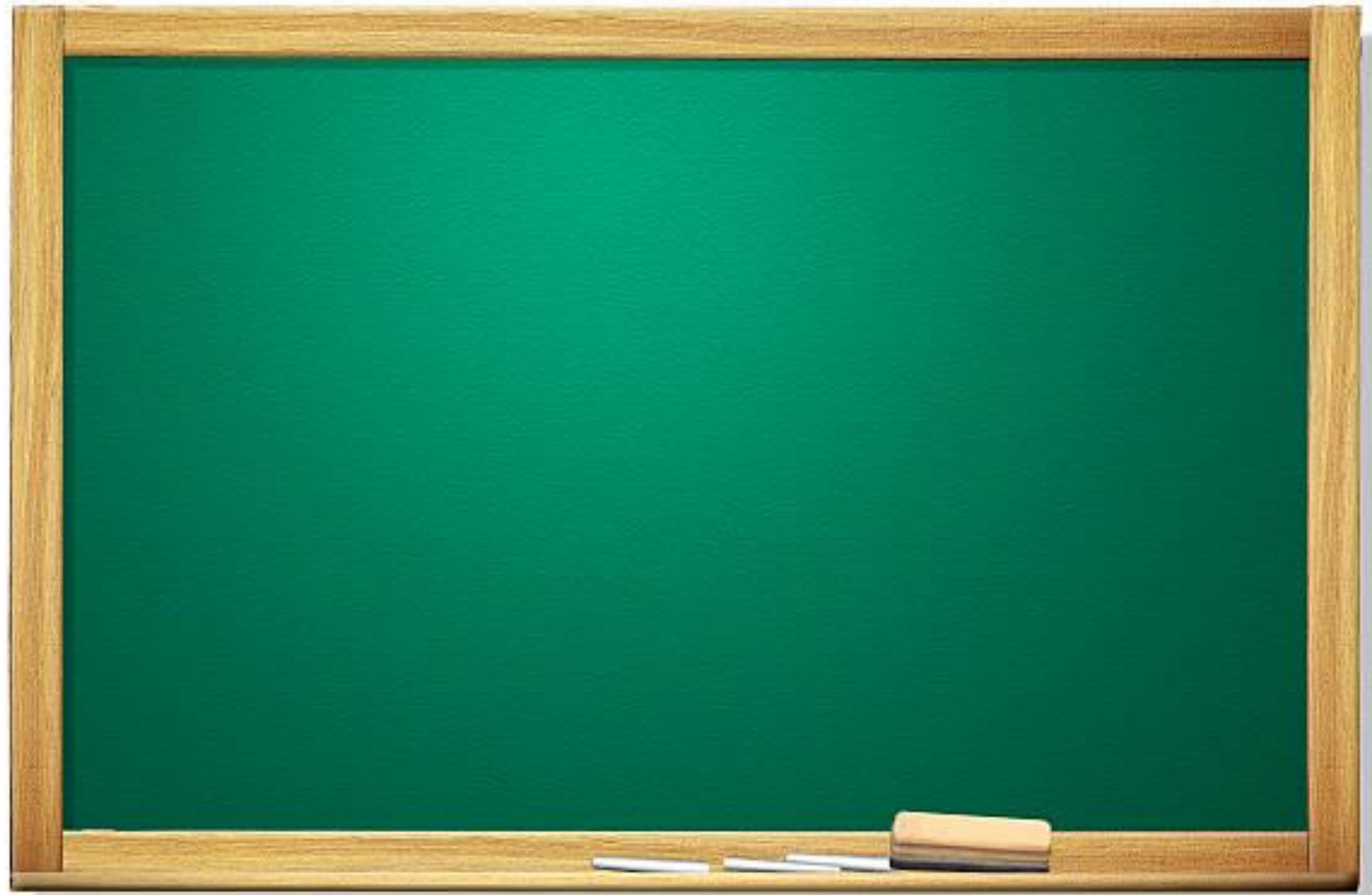
▶ Renderforest



Sesión 13. Autocuidado

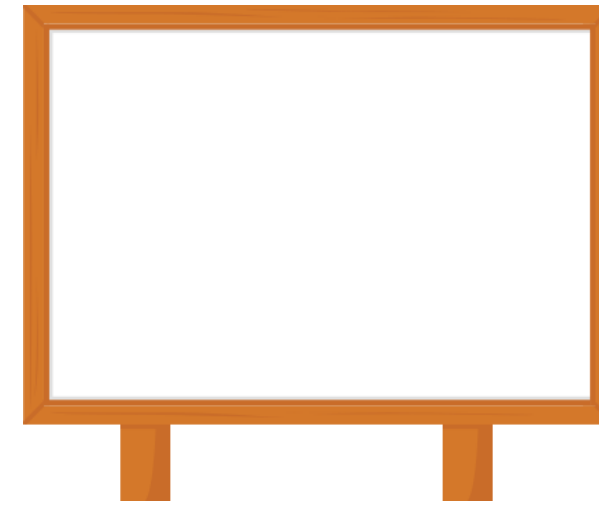
¡Al Ritmo Del Autocuidado!

**“Mitos del
autocuidado”**



Que mitos tiene sobre el autocuidado

¿Para usted que es el autocuidado?
¿De qué forma practica el autocuidado?



Mito	Falso / Verdadero
El autocuidado es un acto egoísta	Falso: cuidarse no es un acto de egoísmo, es asumir responsabilidad por la salud y ejercer el derecho a conservarla. Implica esforzarse por estar bien para sí mismo, ya que no se puede cuidar de otros si no está bien uno
Autocuidado es tomar consciencia	Verdadero: muchas de las actividades de cuidado cotidianas son inconscientes, pero, el autocuidado consiste en tomar consciencia de esas actividades y actuar en consecuencia.

(Cáceres, R. Gonzales, A y Torres, A. S.f).



Se acompañara el espacio con música relajante.

Autocuidado individual:

Es entendida por aquellas medidas que adopta la persona como su propio gestor de su salud; el ser consciente de sus necesidades y la importancia de dedicar tiempo para llevarlo a cabo.

MENTAL:

Se refiere a los pensamientos, ideas y creencias con relación al mundo, reconocer a limitantes o nocivas para el propio bienestar



RELACIONAL:

Es la forma de vincularse con otros, seleccionar los tipos de vínculos, construir y transmitir los conflictos de la mejor manera



El autocuidado es la capacidad en la cual las personas tienen de promover la salud y prevenir enfermedades. Significa que la persona adquiera conocimiento, desarrolle herramientas y estrategias que le permitan resolver problemas cotidianos, dar manejo al estrés e identificar señales que puedan desarrollar un estado de crisis a nivel físico y mental.

Autocuidado colectivo:

Es entendida como una extensión de autocuidado individual hacia otros, haciendo referencia a acciones planteadas y desarrolladas con miembros de una comunidad.



FISICO:

Se refiere al cuidado del cuerpo



EMOCIONAL:

Implica aprender a identificar, expresar y transformar estados emocionales y mantener la salud emocional

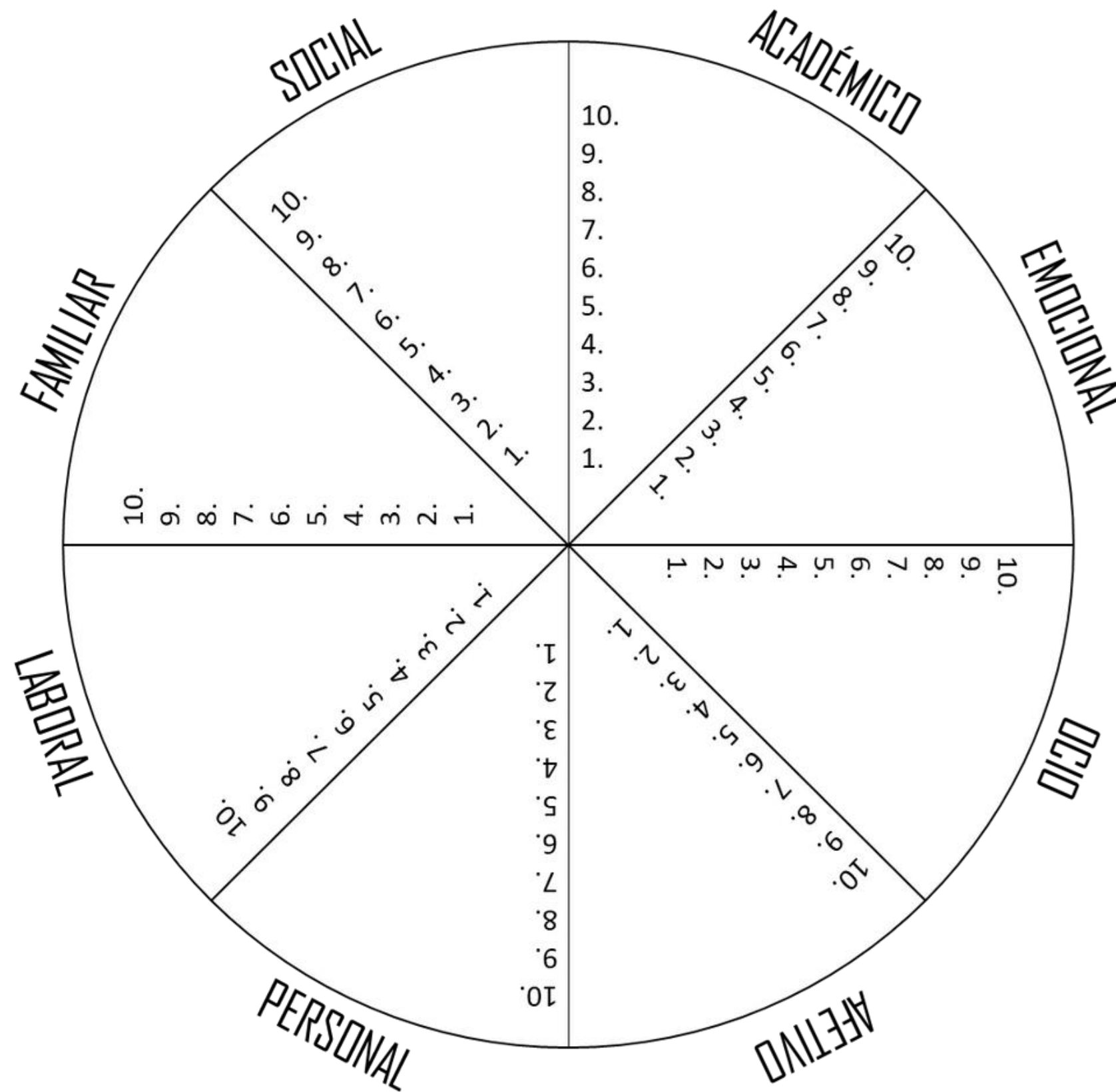


ESPIRITUAL:

Hace referencia al fortalecimiento de la conexión con lo trascendental, la fe y la conexión con la energía o el ser superior.

(Cáceres, R. Gonzales, A y Torres, A. S.f).

Ejercicio practico



1 a 10 que tan satisfecho se siente con cada dimensión, siendo 1 el muy bajo y 10 lo más alto.

RESPONDA:

- ¿Todas las áreas tienen una puntuación similar o las puntuaciones son muy distintas?
- ¿Con que áreas siente más satisfacción y con cuales menos?

Cuáles son aquellas esferas con las cuales se siente menos satisfecho (a)

- ¿Por qué he puntuado bajo en esta área?
- ¿Qué necesitaría en mi vida para mejorarla?
- ¿Estoy siendo muy exagerado con esta puntuación? (si, no y porque)
- ¿Cuánto de importante es para mí mejorar en esta área de mi vida?

AUTOCUIDADO FÍSICO

1

Tener una dieta saludable:

Hace referencia a tener una alimentación consciente, aprender a comer basado en decisiones, considerando las necesidades del cuerpo.



4

Dormir y descansar lo suficiente:

Recomendaciones para garantizar una rutina saludable del sueño son: Cuidar el entorno/ Ser constante/ No consumas estimulantes después de media tarde / No abusar de la siesta/ Procura irte a dormir relajado.

2

Realizar actividad física:

se promueven estilos de vida más saludables, obteniendo beneficios como: Prolonga una buena calidad de vida, Beneficia la salud mental.

Cuidar de la higiene:

Bañarse adecuadamente, cuidar la higiene dental, cuidar el cabello, lavarse las manos adecuadamente, mantener limpios los espacios o ambientes en los que se convive.

3

(Cáceres, R. Gonzales, A y Torres, A. S.f).

AUTOCUIDADO MENTAL

Algunas acciones que se pueden realizar para identificar y expresar estas ideas son:

ESCRIBIR PENSAMIENTO

Escribir pensamientos: escribir favorece la expresión y la liberación de tensiones relacionadas

PENSAMIENTOS

Incluir en los pensamientos afirmaciones positivas y/o realistas: ayuda a redirigir tus pensamientos y a tener una visión más certera de la realidad.

RECONOCER

Reconocer pensamientos recurrentes o constantes: ayudará a que tengas una mayor valoración sobre cómo te identificas a ti mismo y la veracidad de estos pensamientos.

EXPRESAR

Expresar tus pensamientos en un espacio seguro: como por ejemplo con un profesional de salud o con personas de confianza.

Es importante que se identifiquen aquellas ideas que se tienen sobre el mundo y sobre sí mismos/as, se espera que estas ideas puedan ser lo más realistas y favorables posibles.

(Cáceres, R. Gonzales, A y Torres, A. S.f).

SENSACIONES VISUALES

Experimentar diferentes sensaciones (visuales, auditivas y táctiles): por medio de situaciones cotidianas como ir al cine, escuchar música o un audio libro, identificar texturas de lugares y pertenencias.

LEER

Leer: libros, revistas, material e información que sea de interés, ayuda a mantener el funcionamiento de las habilidades cognitivas y, a su vez, la persona recibe información atractiva que produce emociones favorables y momentos de disfrute personal.

APRENDER

Aprender un nuevo idioma: favorece el crecimiento de las áreas del cerebro relacionadas al lenguaje e incrementa la memoria y atención. Hay que elegir un idioma que sea atractivo para sí mismo.

AUTOCUIDADO MENTAL

(Cáceres, R. Gonzales, A y Torres, A. S.f).

ESTIMULACIÓN

Realizar ejercicios de estimulación cognitiva: como sopas de letras, laberintos, identificar diferencias, ordenar palabras para formar oraciones, identificar cantidad de objetos. Estos ejercicios favorecen la visión espacial, percepción, memoria, lenguaje y atención.

SILENCIO

Disfrutar de momentos de silencio: así como es importante estimular las funciones cognitivas, los espacios de silencio y relajación ayudan a evitar la saturación de ideas e información que recibe el cerebro del medio.

MEDITACIÓN

Practicar meditación: la meditación puede favorecer la concentración y la focalización de la atención, además de una conexión más profunda con las sensaciones corporales y pensamientos.

Reconocer el estado mental

- Bajo rendimiento en actividades diarias (trabajo, escuela, deportes, etc.).
- Dificultad para comunicarse.
- Baja autoestima.
- Problemas con familia o personas significativas
- Insomnio
- Comportamientos y expresiones deliberadas (ira o llanto sin razón aparente).
- Dolor de cabeza.
- Descuido de apariencia física.
- Sensaciones de agotamiento.
- Sentirse sobresaturado/a de información.

(Cáceres, R. Gonzales, A y Torres,
A. S.f).

IDENTIFICAR LA EMOCIÓN Y LA SENSACIÓN:

Cuando algo se altera en el cuerpo por alguna reacción del exterior o por los propios pensamientos es importante preguntarse a sí mismo: “¿qué estoy sintiendo?, ¿qué síntomas físicos estoy experimentando?, ¿cuál es la causa?, ¿por qué aparece ahora?”

APRENDER A RECONOCER LAS EMOCIONES:

Una vez que se detectan esas alteraciones en el cuerpo, será importante analizar ¿qué emociones se están produciendo?.

Crear una lista con todas las emociones y ¿qué es lo que físicamente se evidencia a partir de las emociones?

PRESTAR ATENCIÓN A LA REACCIÓN DEL CUERPO:

Las emociones se rigen por el sistema límbico y el nervioso autónomo, son difíciles de manipular en un primer momento. Es recomendable tomarse un momento y dejar que la emoción «baje» para pensar con claridad sobre ella, y sobre lo que se va a decir y hacer.

REALIZAR UNA VIVENCIA EXPERIENCIAL CON EL CUERPO:

Es importante marcar de un color y textura concreta y localizarlas en el lugar específico para intentar tener una relación distinta. Cada persona es quien engloba todas las partes o emociones, no son las emociones las que poseen a la persona.

INTENTAR SER HONESTO CON LO QUE SE SIENTE Y SE HACE:

Si en realidad se siente indiferencia por esa persona, ¿por qué seguir intentando caerle bien?, o si se está irritado, molesto y enfadado ¿por qué evitar una conversación para entenderse?

ELEGIR LA MEJOR SITUACIÓN PARA EXPRESARSE:

Es importante examinar la situación, a las personas alrededor y a sí mismo, es fundamental decidir cuándo será el momento más oportuno para expresar.

AUTOCUIDADO EMOCIONAL

(Bisquerra, 2001. Tomado de: Cáceres, R. Gonzales, A y Torres, A. S.f).

¿Hay emociones buenas y malas?

No se puede clasificar las emociones en positivas o negativas, sino que en cómodas o incómodas, agradables o desagradables, porque todas son válidas y contribuyen en momentos determinados con el bienestar, para lograrlo será necesario expresar el sentir.

1. MANTENER CONTACTO

Mantener el contacto con personas valiosas: por medio de mensajes, videollamadas, llamadas, publicaciones en redes sociales, a pesar de no haber un contacto físico se convive conociendo sus opiniones, deseos, ideas, estado de salud.

2. PLANEAR ACTIVIDADES

Asistir/planear actividades de convivencia con otros: como organizar una excursión, ir al museo, participar en una maratón, ir al cine, organizar una fiesta. Todas estas acciones favorecerán el desarrollo de nuevas experiencias y se podrán compartir gustos, habilidades y destrezas.

3. DEJARSE ESCUCHAR

Dejarse escuchar: conversar con otras personas, además de establecer lazos, facilita la comprensión de las emociones y la expresión de problemas o necesidades.

AUTOCUIDADO SOCIAL



El autocuidado social puede practicarse de la siguiente forma:

(Cáceres, R. Gonzales, A y Torres, A. S.f).

4. ESCUCHAR

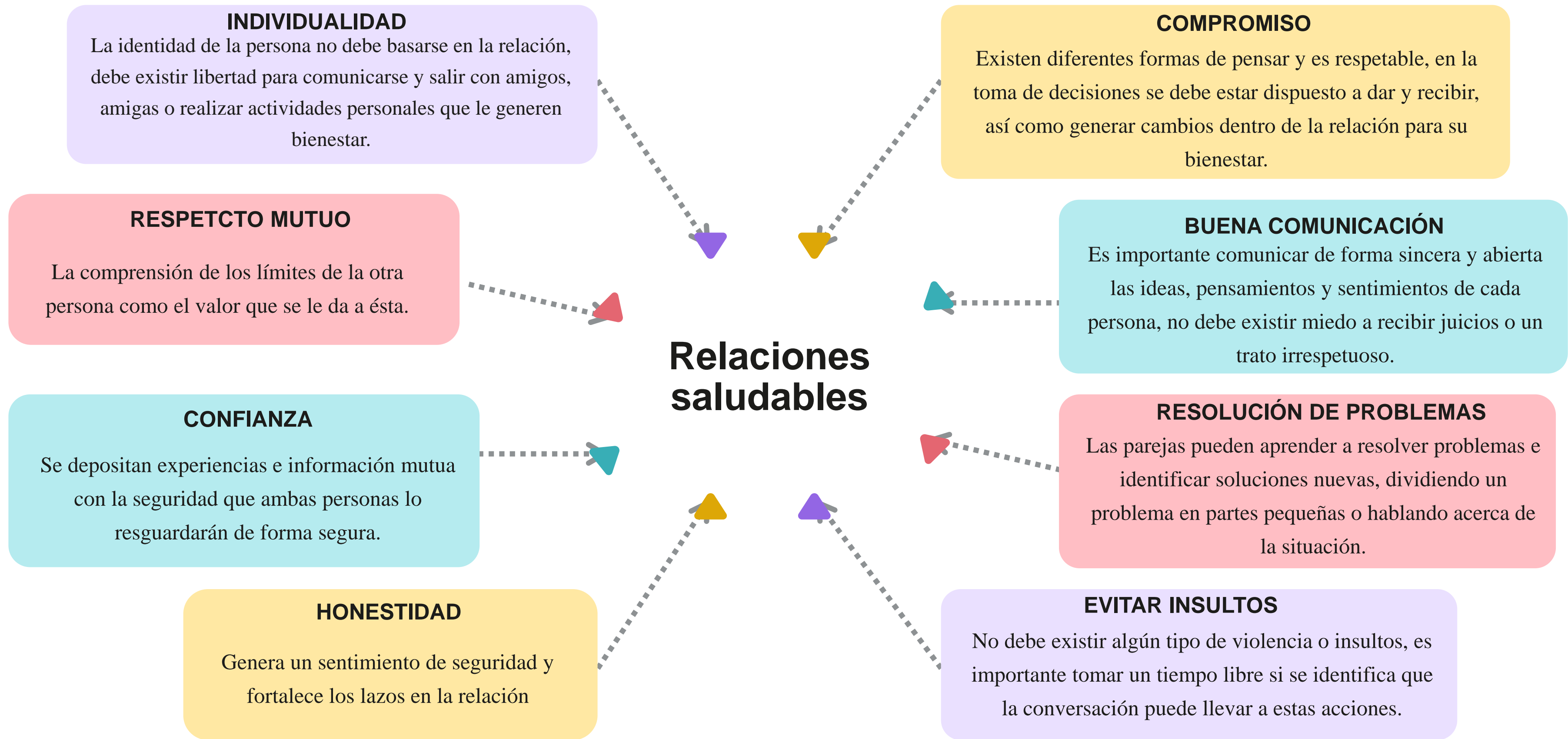
Escuchar: escuchar a los y las demás facilita el desarrollo de empatía comprendiendo las realidades de cada individuo. La persona que escucha se puede convertir en una fuente de apoyo, emocional, instrumental y económica dependiendo de la necesidad de las personas.

5. REDES SOCIALES

Gestionar las redes sociales de forma saludable: identifica qué personas deseas que sean parte de tus redes sociales, selecciona aquellas que respeten tus opiniones y no elaboren juicios o violen el derecho a tu privacidad.

6. RELACIONES SALUDABLES

Las relaciones saludables se encuentran libres de violencia física, emocional, sexual y se construyen en base a valores como el respeto.



(Cáceres, R. Gonzales, A y Torres, A. S.f).

RELIGIOSIDAD 1

Hace referencia a una serie creencias, valores y prácticas ligadas a una institución organizada (Iglesia católica, evangélica, islamista, budista, etc.).

ESPIRITUALIDAD 2

Es un aspecto más universal, es el cultivo de la experiencia de vida y la búsqueda por conectar con lo divino, la comunidad, la vida/naturaleza y consigo mismo

AUTOCUIDADO ESPIRITUAL



En esta búsqueda de conexión desde lo emocional y el sentido o propósito personal. Por ello, hay prácticas que trascienden y pueden ser realizadas por cualquier persona para permitirle conectar mejor con sus valores y con quién es en su interior

BÚSQUEDA DE CONEXIÓN 3

- Mantener una práctica diaria de meditación o atención plena.
- Asistir a un servicio, ya sea religioso o humanístico.
- Pasar tiempo en la naturaleza y reflexionar sobre la belleza que te rodea.
- Llevar un diario de gratitud.
- Decir afirmaciones que fundamentan el sentido de ti mismo y tú propósito.

PRÁCTICAS 4

(Navas, C y Hyxia, V, 2006. Tomado de: (Cáceres, R. Gonzales, A y Torres, A. S.f).

ESTABLECER LÍMITES

Límites emocionales:

Cuando la persona elige que tipo de información expresar a los demás en relación a sus sentimientos dentro de una relación de pareja o amistad. El hacer respetar las propias emociones indica un establecimiento saludable de límites.

Límites sexuales:

Engloba todos los aspectos de la sexualidad (emociones, pensamientos y contacto físico). Implica el respeto de los deseos y formas de expresar la sexualidad entre parejas.

Límites materiales:

Posesiones físicas y monetarias. El establecer límites indica reconocer con quien compartir o no estos bienes fortaleciendo la propia seguridad.

Límites intelectuales:

Hay ideas y pensamientos individuales, los límites se aplican cuando se respeta las opiniones de los y las demás y los momentos apropiados para discutir o generar una conversación en específico

Límites de tiempo:

El tiempo que la persona dedica a las diferentes facetas de su vida (trabajo, amigos, pareja, tiempo personal) y el derecho que tiene para gestionar este tiempo en base a sus necesidades.

Límites físicos:

El respeto del espacio personal y físico. Indica lo que se considera adecuado y no en diversas relaciones y momentos (abrazar, besar, estrechar las manos, husmear espacios personales).

Los límites son las reglas que cada individuo fija en las relaciones con otros y otras. Dentro de esas pautas se tiene la libertad de decir “no” cuando la persona quiere

(Cáceres, R. Gonzales, A y Torres, A. S.f).

“Mi planeador del día”

Hora	Actividad	Canción
6am a 8am	Ejm: me levanto, me baño y desayuno	Pharrell Williams – Happy
8am a 9am	Ejm: Leer un libro	Música instrumental

Se muestra el ejemplo de arriba y se realizara junto a los participantes, priorizando sus actividades de autocuidado.

Ejercicio práctico

“Mi planeador del día”		
Hora	Actividad	Canción

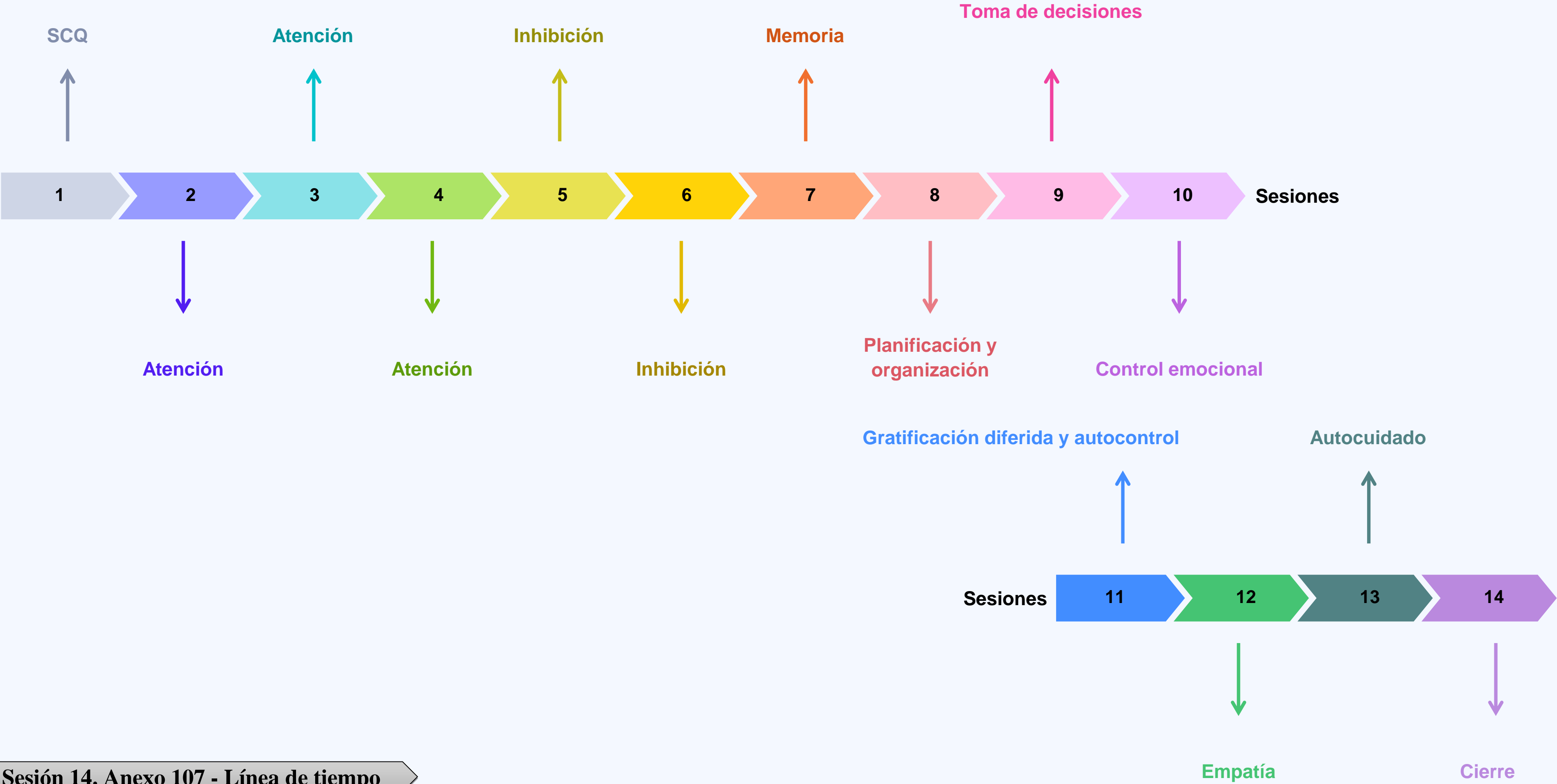


Sesión 14. Cierre

¡Al Ritmo Del Autocuidado!



Línea de tiempo



CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO

OTORGADO AL
CUIDADOR/A:

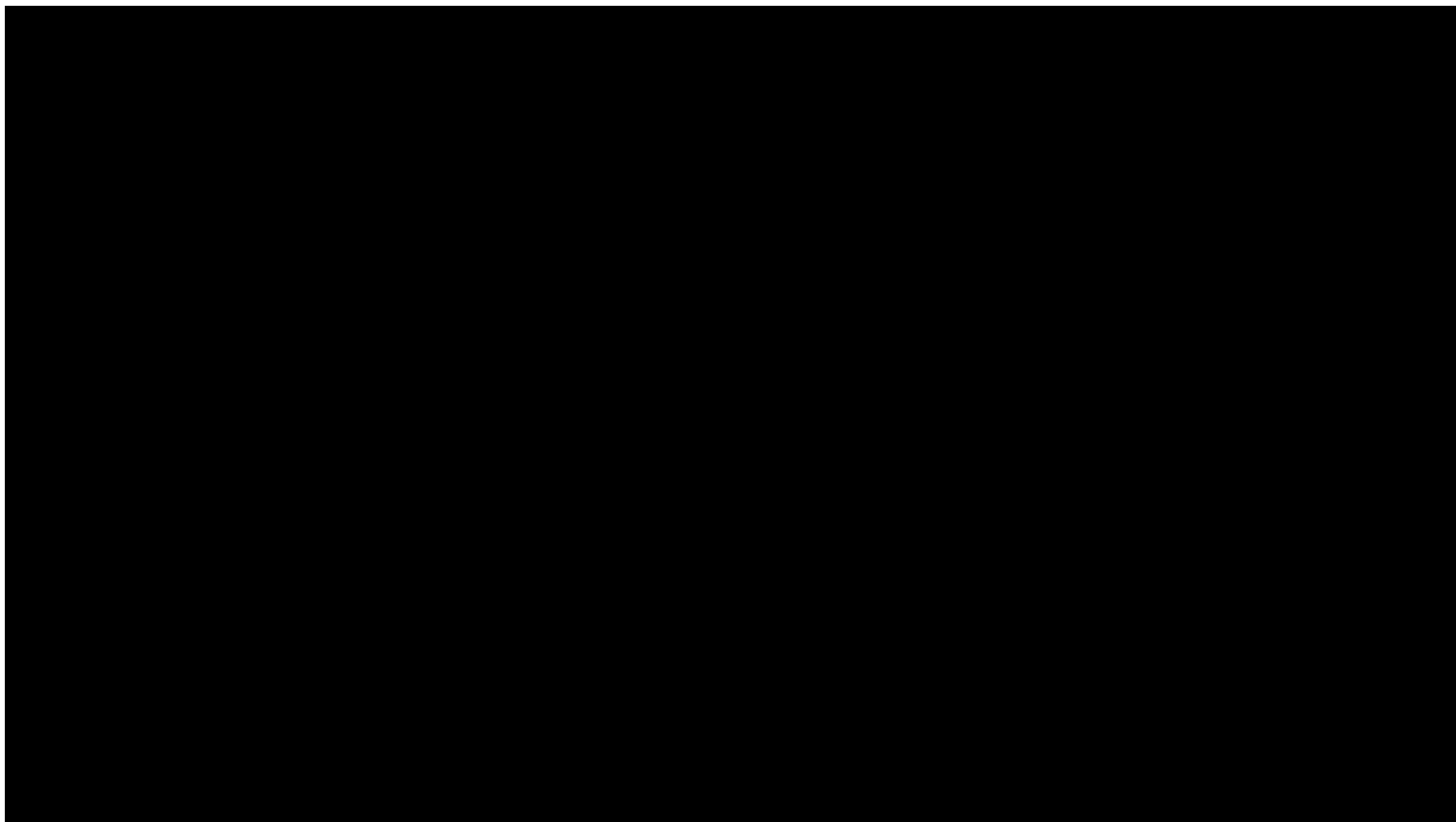
Nombre y Apellido

Por su compromiso y dedicación en el programa “Al ritmo del autocuidado”. Con este reconocimiento, valoramos su esfuerzo y participación activa en la búsqueda de herramientas para su propio bienestar.

NOMBRE
Psicólogo



NOMBRE
Psicóloga





Gracias!

Acero Quintero Valentina, Osorio Colorado Vanessa Tatiana, Rojas Ruiz Juan Camilo y Ulloa Pisco
Camila Alejandra

¡Al Ritmo Del Autocuidado!

Anexo G. Protocolo de atención en crisis

Programa al ritmo del autocuidado Acero Valentina, Osorio Tatiana, Rojas Juan
Camilo y Ulloa Camila

Código participante _____

Nombre _____ Cédula _____

Fecha _____

Protocolo de atención

1. Verificar el estado del participante a partir de 5 diferentes preguntas.

- ¿De 1 a 10 cómo se siente emocionalmente en este momento?



9-10 (Muy Bien)	7-8 (Bien)	5-6 (Neutral)	3-4 (Mal)	1-2 (Muy mal)
--------------------	---------------	------------------	--------------	------------------

- ¿Siente que después de la actividad realizada podrá reponerse emocionalmente?

Si (1 punto)	No (0 puntos)
--------------	---------------

- Después de la actividad, ¿considera que sus emociones podrían interferir a futuro con sus actividades diarias (trabajo, estudio, relaciones sociales)?

Si (1 punto)	No (0 puntos)
--------------	---------------

- ¿Considera necesario el acompañamiento por parte de un familiar o allegado?

Si (1 punto)	No (0 puntos)
--------------	---------------

- ¿Considera necesario el acompañamiento o asistencia psicológica?

Si (1 punto)	No (0 puntos)
--------------	---------------

Protocolo de atención en crisis

Objetivo general:

Regular la sintomatología fisiológica, psicológica y conductual de los participantes que presenten una crisis emocional durante las actividades de intervención del programa “**Al ritmo del autocuidado**”, a través de un encuentro asistencial orientado a la estabilización emocional.

Objetivo específico:

1. Regular la sintomatología fisiológica en crisis mediante la técnica de respiración diafragmática en los participantes que presenten crisis, promoviendo una respuesta de relajación y reducción de la activación del sistema nervioso autónomo.
2. Disminuir la sintomatología psicológica y emocional mediante estrategias de reestructuración cognitiva y toma de decisiones, con el objetivo de fortalecer respuestas adaptativas frente a la crisis y mejorar la toma de decisiones.
3. Favorecer la regulación conductual a través de la aplicación de la técnica de relajación progresiva de Jacobson, facilitando la reducción de la ansiedad y promoviendo la estabilidad emocional en los participantes.

Nota: Notificar al contacto de emergencia sobre el estado emocional en el que se encuentra el o la participante y si se considera necesario hacer la debida remisión a su entidad prestadora de salud (Eps) o líneas de atención psicológica de la ciudad de Bogotá.

Actividad	Descripción detallada	Recursos	Tiempos
Marco Teórico	<p>RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993:</p> <p>En Colombia, la investigación en salud se rige por la Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la realización de investigaciones con seres humanos. Esta resolución clasifica los estudios en diferentes niveles de riesgo con el fin de garantizar la protección de los participantes y la aplicación de principios éticos en el desarrollo de la investigación.</p> <p>Según esta normativa, la presente investigación se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, dado que implica la aplicación de encuestas, entrevistas y técnicas de regulación emocional sin procedimientos invasivos o intervenciones que puedan comprometer la integridad física o psicológica de los participantes. La Resolución 8430 de 1993 define la investigación con riesgo mínimo como aquella en la que “los riesgos previstos son menores a los de la vida diaria o equivalentes a los que se asumen en la realización de exámenes rutinarios” (Ministerio de Salud, 1993). En este sentido, el estudio se enfoca en evaluar experiencias emocionales y aplicar estrategias de afrontamiento sin generar alteraciones significativas en la salud de los participantes.</p> <p>Para garantizar el cumplimiento de esta normativa, el protocolo de investigación incorpora medidas de confidencialidad, consentimiento</p>	<p>Un espacio silencioso y a solas</p> <p>Silla</p> <p>Botella de agua</p> <p>Pañuelos</p>	15 a 30 min.

informado y seguimiento post-participación, asegurando que los participantes sean tratados con dignidad y respeto. Además, en caso de identificar signos de afectación emocional severa, se establecen rutas de atención para su adecuada orientación y, si es necesario, la remisión a profesionales de salud mental.

Crisis situacional: “Estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos psíquicos habituales de la persona para enfrentar problemas” (Raffo, S. 2005)

Relajación: Las técnicas de relajación se suelen emplear en “aquellas situaciones en las que se considera necesario la reducción de la actividad simpática del Sistema Nervioso Autónomo, de la tensión muscular, estado general de alerta del organismo, estados de ansiedad y aspectos psicológicos de diferentes trastornos” (Castro, M. S,f).

Técnicas de relajación:

Respiración diafragmática: Lapaiz, (1998) citado por Puerta, D. Cruz, D. (2003) describe que la respiración diafragmática atribuye diferentes beneficios entre ellos el incremento de la concentración, el aumento de la capacidad de oxígeno que llega a los pulmones, reducción de velocidad del ritmo cardíaco y la estimulación del sistema nervioso parasimpático, el cual es responsable de la relajación.

Técnica de Jacobson: La relajación progresiva de Jacobson nació en Chicago en 1928 y es definida como “una reducción progresiva y voluntaria de la contracción, tono o actividad de los músculos y del sistema nervioso motor correspondiente”. Esta consiste en la ausencia de cualquier contracción muscular a donde también conduce a la tranquilidad mental y calma (Castro,M. S,F).

Toma de decisiones en crisis:

La toma de decisiones en crisis es un proceso fundamental en la gestión de situaciones de alta carga emocional, en las cuales la capacidad de análisis y juicio racional pueden verse afectadas. Según Janis y Mann (1977), en momentos de crisis, las personas pueden experimentar un estado de incertidumbre, ansiedad y estrés que dificulta la elección de la mejor alternativa de acción. Para abordar esta problemática, estos autores proponen un modelo de toma de decisiones estructurado, que permite evaluar opciones de manera más objetiva y reducir respuestas impulsivas.

El proceso de toma de decisiones en crisis implica cinco pasos clave: (1) definir el problema de manera clara y objetiva, lo que permite reducir la confusión y el impacto emocional inicial; (2) identificar opciones viables, evitando respuestas extremas o impulsivas; (3) evaluar los riesgos y beneficios de cada alternativa, considerando sus

	<p>posibles consecuencias a corto y largo plazo; (4) tomar una decisión basada en información objetiva, minimizando la influencia de la angustia emocional; y (5) implementar la decisión, desarrollando un plan de acción concreto para abordar la situación de manera efectiva (Janis & Mann, 1977).</p> <p>Líneas de atención en salud mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea 106 • Línea psicoactiva • Línea diversa • Línea calma • línea de emergencias 		
<p>Introducción</p>	<p>Se dará una breve presentación del profesional quien acompañará a la persona afectada y se seguirá con pasos establecidos en este protocolo, siguiendo la necesidad que la persona presente.</p> <p>Por otra parte, el protocolo de atención en crisis contará con un elemento gráfico “Flujograma” el cual permitirá ver el paso a paso y toma de decisión que deben seguir los profesionales investigadores frente a la toma de decisiones específicamente en situaciones de emergencia enfocada en atención de crisis.</p> <p>Para garantizar la correcta aplicación del protocolo, los investigadores deberán contar con la siguiente capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primeros auxilios psicológicos (PAP): Técnicas para la estabilización emocional y la identificación de riesgo de crisis. • Manejo de crisis e intervención breve: Estrategias para contener a un participante en estado de angustia extrema. • Ética en la investigación: Protección de derechos y bienestar de los participantes. • Confidencialidad y manejo de datos sensibles: Procedimientos para garantizar la privacidad de la información. <p>Se realizarán capacitaciones previas a la aplicación del protocolo y un refuerzo trimestral para actualizar conocimientos.</p> <p>Protección de Datos y Confidencialidad</p> <p>Para resguardar la información de los participantes, se implementarán las siguientes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Almacenamiento seguro: Los datos personales y respuestas serán almacenados en una base de datos encriptada con acceso restringido a los investigadores principales. • Anonimización: Se asignará un código a cada participante para evitar la identificación directa. • Acceso limitado: Solo el equipo autorizado podrá acceder a la información, garantizando la confidencialidad de los datos. • Destrucción de datos: Al finalizar la investigación, la información será eliminada conforme a las normativas de protección de datos personales. 		
<p>Procedimiento</p>	<p>Manejo de Crisis Grave</p> <p><input type="checkbox"/> En caso de que un participante presente una crisis emocional</p>	<p>Datos básicos del participante</p>	<p>Entre 15 a 20 min.</p>

	<p>severa durante o después de la actividad y la entrevista, se seguirá el siguiente procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación de la crisis: Si el participante expresa malestar emocional significativo, angustia extrema o síntomas de desregulación severa, el profesional aplicará el flujograma de "Protocolo de Atención en Crisis". ➤ Acompañamiento inmediato: Se brindará contención emocional aplicando primeros auxilios psicológicos y técnicas de regulación emocional (respiración diafragmática, técnica de Jacobson). ➤ Notificación a redes de apoyo: Si es pertinente, se notificará al contacto de emergencia registrado por el participante, respetando su autonomía. ➤ Remisión a servicios especializados: Se facilitará el contacto con su EPS o con líneas de atención en crisis (Línea 106, Línea psicoactiva, Línea diversa, Línea calma). En casos extremos, se coordinará el traslado a un centro de salud. ➤ Seguimiento post-evento: Se documentará la crisis y se realizará un seguimiento en las 24 horas siguientes para garantizar la seguridad del participante. <p>Procedimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se inicia con la breve presentación del profesional quien lo acompañará 2. Se le preguntará de forma amable sobre su estado emocional luego de terminar la entrevista. 3. En caso de que la respuesta sea que siente una alta sobrecarga a nivel emocional, el profesional revisará el flujograma "Protocolo de atención en crisis" el cual establecerá la toma de decisiones de los profesionales en situación de emergencia. 4. Se regulará al participante a nivel fisiológico y psicológico, al participante se le invitará a que junto con uno de los profesionales del estudio realice una serie de ejercicios de respiración y aplicación de técnicas psicológicas para la atención en crisis: <ul style="list-style-type: none"> ● Respiración diafragmática - 4x4, entre 7 y 8 ciclos ● Relajación progresiva de Jacobson - entre 5 a 10 min. ● Dialogo socrático e implementación técnica toma de decisiones 5. Si se considera necesario se le notificará a su contacto de emergencia sobre el estado emocional del participante. 6. Antes de finalizar se le preguntará al participante si ¿Considera necesario el acompañamiento o asistencia psicológica? Si la respuesta es afirmativa, se le hará la debida remisión a su centro 	<p>Nombre N. celular N. de contacto</p> <p>Un espacio silencioso y a solas</p> <p>Silla</p> <p>Botella de agua</p> <p>Pañuelos</p>	
	<p>de atención (EPS) o a alguna de las líneas de atención psicológica que hay en la ciudad de Bogotá (folleto).</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Si por el contrario la respuesta es que se encuentra estable emocionalmente y sin ninguna afectación, se le agradecerá por su participación y se le hará entrega de un folleto con información para la promoción y prevención de la salud mental. 		

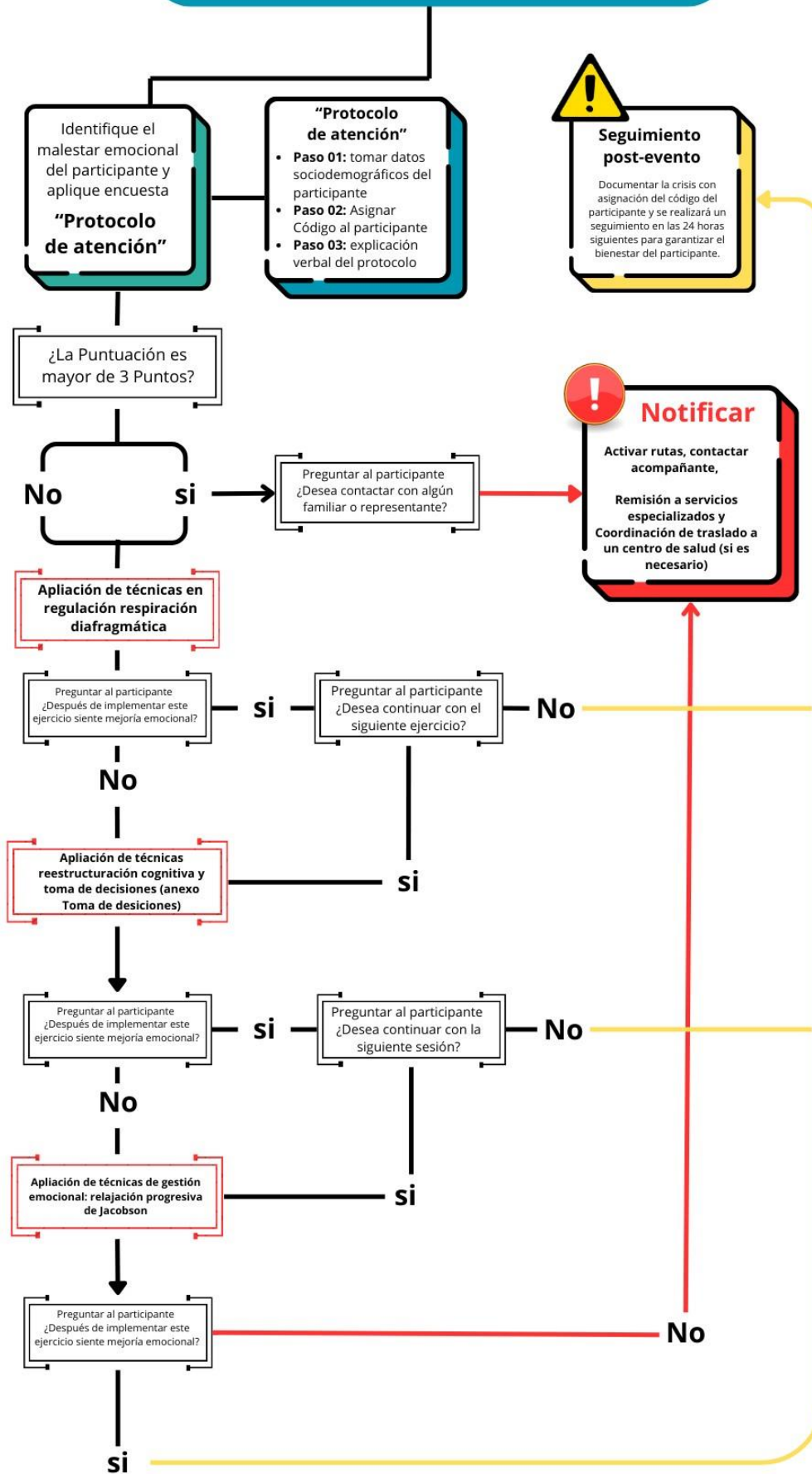
Referencias:

- Castro, M. (S.f). Técnicas de relajación. Tomado de:
chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://core.ac.uk/download/pdf/61907367.pdf
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Free Press.
- Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Diario Oficial 41.206. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>
- Puerta, D; Cruz, D (2003). INFLUENCIA DE LA RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA EN LA MOTRICIDAD FINA. Universidad católica de Colombia. Tomado de:
chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/798/79801007.pdf
- Raffo, S. (2005). Intervención en crisis. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Universidad de Chile. Tomado de: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.ucursos.cl/medicina/2009/1/MPSIQUI5/2/material_documento/bajar?id_material=207751

Yo _____ identificado/a con el número de cédula _____ de _____ me siento en óptimas condiciones físicas, emocionales y mentales después de ser participante en el programa de intervención “**Al ritmo del autocuidado**” La información que he suministrado en esta última entrevista es completamente verídica. He recibido asesoramiento y atención frente a la información que he suministrado.

Firma del participante

Flujo grama de atención en crisis del programa "Al ritmo del autocuidado"



Líneas de atención en salud mental a nivel nacional



- Línea 106
- Línea psicoactiva: 3012761197 / 01 8000 112439
- Línea diversa: 3108644214
- Línea calma 018000423614
- Línea de emergencias 123

Toma de decisiones.

Descripción del suceso:

Solución 1. Coloque opción por parte del participante		solución 2 Coloque opción por parte del participante		Solución 3 Coloque opción por parte del participante	
<i>Positivas</i>	<i>Negativas</i>	<i>Positivas.</i>	<i>Negativas</i>	<i>Positivas</i>	<i>Negativas</i>
Resultado opción 01		Resultado opción 02		Resultado opción 03	

Toma de decisiones resultado:



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CEIFUS 1718-25

Bogotá D.C, 03 de julio de 2025

Doctor:

Darío Alexander Jácome Argoty

Investigador Principal

Bogotá

Ref: Concepto ético de la solicitud vinculada al protocolo (046-25 UNV) Efecto de un programa de rehabilitación neuropsicológica en funciones ejecutivas con apoyo de la musicoterapia, en una muestra de pacientes con daño cerebral adquirido.

Doctor Darío Alexander Jácome Argoty

El día 01/07/2025, en la sesión registrada en el acta No. 025-25, se reunió el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, donde se deja constancia de la recepción del comunicado de 23/06/2025 y evaluación de la siguiente información relacionada con el protocolo en referencia que se desarrolla bajo su dirección en Clínica Universitaria Colombia.

- Listado de documentos sometidos: Radicado 3.790. Respuesta al CEIFUS 1583-25

Concepto CEI:

El Comité de Ética en Investigación recibe a conformidad los ajustes realizados como respuesta a la solicitud del Comité realizada mediante CEIFUS 1583-25.

Se revisa en sesión según los criterios institucionales establecidos y dado que el proyecto no compromete la seguridad, bienestar y respeta los derechos del sujeto de investigación, se decide aprobar por consenso este protocolo. Se informa que, como parte de las responsabilidades del Investigador Principal durante el desarrollo de una investigación, es de cumplimiento obligatorio llevar a cabo las siguientes actividades:

El documento de consentimiento informado aprobado para la aplicación en este estudio, se firma y sella por el Comité de Ética, y posteriormente cargado junto con el comunicado de aprobación en la plataforma. Se solicita tener presente que este es el único documento autorizado para realizar el proceso de consentimiento informado con los sujetos. Al concluir el estudio, es obligatorio someter al Comité de Ética un informe final o resumen de los resultados de la investigación. Agradecemos su atención y compromiso para garantizar el cumplimiento de estas actividades conforme a los procedimientos establecidos.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas está conformado por trece (13) miembros principales y tres (03) miembros suplentes y se requiere la presencia de ocho (08) de ellos para cumplir con el quorum. (asistieron: 9).

En el análisis y evaluación del protocolo participaron los siguientes miembros del Comité de Ética en Investigación, y se certifica que ninguno de ellos presenta conflictos de interés con respecto al estudio en referencia.

Eduardo Low Padilla	Presidente	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Farmacología Clínica
Miryam Consuelo Neira Corredor	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación de posgrado en Bioética.
Giovanna De Silvestri Torres	Miembro Deliberativo	Representante de la comunidad con formación en control de calidad y auditoría de calidad.

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co

Bogotá D. C, Colombia



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Sofía Muñoz Medina	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Mauricio Fernando Torres Roa	Miembro Deliberativo	Químico Farmacéutico
Angélica Viviana Niño Parrado	Miembro Deliberativo	Profesional especializado del área de ciencias de la salud
Iván Mauricio Páez Sierra	Miembro Deliberativo	Profesional del área de Ciencias Humanas y Sociales con formación en Derecho
Andrea Juliana Uribe Rodríguez	Miembro Deliberativo	Profesional en Ciencias Económicas, Administrativas y Contables.
Wilson Alejandro Ramírez Romero	Miembro Deliberativo	Profesional en Ingeniería y Tecnologías

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas declara que el desarrollo de sus actividades se rige bajo la normatividad vigente en temas relacionados con investigación en salud, (Ley Colombiana Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de Protección Social, Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales). Las Normas de Buenas Prácticas de Investigación Clínica (Good Clinical Practice-GCP), la Declaración de Helsinki, Finlandia octubre 2024 y la normativa Internacional vigente.

Cordialmente,

Eduardo Low Padilla
Presidente CEI
Comité de Ética en Investigación
Fundación Universitaria Sanitas