Rev Col Med Fis Rehab. 2024;34(1):e420 - Enero - Junio de 2024 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.420

Investigación Original

Aceites esenciales y calidad de vida: percepción del efecto de esta terapia alternativa en personas con síndrome de carga del cuidador

Essential oils and quality of life: perception of the effect in caregivers with burden syndrome

Aurora Catalina Estrada Rodríguez[1] **Nathalia Rodríguez Suárez**[2] **Steve Fernando Pedraza Vargas**[3]

[1] Magíster en Neurorehabilitación. Centro de Atención al Adulto Mayor, Fundación Santa fe de Bogotá. Bogotá D.C. Colombia.
[2] Doctor en Bioética. Servicio de Humanismo y Bioética, Fundación Santa fe de Bogotá. Bogotá D.C. Colombia.
[3] Doctor en Neurociencias Cognitivas Aplicadas. Docente Asociado del Doctorado en Psicología, Universidad Santo Tomas. Bogotá D.C. Colombia.

Resumen

Introducción. Las personas con síndrome de carga del cuidador requieren una intervención sobre sus alteraciones físicas y emocionales; una alternativa terapéutica en neurorehabilitación son los aceites esenciales.
Objetivo. Identificar el efecto de la terapia con aceites esenciales sobre la calidad de vida en un grupo de pacientes con síndrome de carga del cuidador a través de su percepción fenomenológica.
Métodos. Estudio mixto con triangulación concurrente o DITRIAC. En lo cuantitativo, se realizó un estudio de diseño preexperimental con medición pre y post intervención con un solo grupo del grado de carga del cuidador por medio de la escala de Zarit y el cuestionario SF36 con el fin de conocer la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. En lo cualitativo, se llevó a cabo un estudio fenomenológico con recolección de información por medio de un diario de campo y una entrevista semiestructurada.
Resultados. En la fase cuantitativa se evidenció disminución de los síntomas de carga y mejoría en los niveles de calidad de vida con el uso de los aceites esenciales, mientras que en la fase cualitativa las narrativas refirieron mejor desempeño en sus roles asociado a una representación diferente del estado sintomatológico.
Conclusión. Los aceites esenciales se perciben como una terapia de efecto positivo que modifica los síntomas psicosomáticos y emocionales de los sujetos con carga del cuidador, lo cual impacta positivamente su calidad de vida. Existe un valor no reconocido de las narrativas del paciente en el conocimiento de los efectos de los tratamientos que se realizan, en especial en los procesos de enfermedad que alteran la mente.
Palabras clave. Carga del cuidador, aceites volátiles, percepción, calidad de vida.

Abstract

Introduction. People with caregiver burden syndrome require intervention on their physical and emotional disturbances; essential oils are a therapeutic alternative in neurorehabilitation.
Objective. To identify the effect of essential oil therapy on quality of life in a group of patients with caregiver burden syndrome through their phenomenological perception.
Methods. Mixed study with concurrent triangulation or DITRIAC. In quantitative terms, a pre-experimental design study of the degree of caregiver burden was conducted in a single group, with pre- and post-intervention measurement

Citación: Estrada Rodríguez AC, Rodríguez Suárez N, Pedraza Vargas SF. Aceites esenciales y calidad de vida: percepción del efecto de esta terapia alternativa en personas con síndrome de carga del cuidador. Rev Col Med Fis Rehab. 2024;34(1), e420. http://doi.org/10.28957/rcmfr.420

Correspondencia. Steve Fernando Pedraza Vargas, sfpedraza@gmail.com
Recibido. 30.12.23. - **Aceptado.** 08-04.24. Publicado: 16.05.24.
ISSN impreso. 0121-0041. **ISSN electrónico.** 2256-5655.

using the Zarit scale and the SF36 questionnaire, in order to know the perception of health-related quality of life. In qualitative terms, a phenomenological study was carried out with information collection through a field diary and a semi-structured interview.
Results. In the quantitative phase, a decrease in burden symptoms and improvement in the levels of quality of life was evident with the use of essential oils, while in the qualitative phase the narratives referred a better performance in their roles associated with a different representation of the symptomatological state.
Conclusion. Essential oils are perceived as a therapy with a positive effect that modifies the psychosomatic and emotional symptoms of subjects with caregiver burden, which positively impacts their quality of life. There is an unrecognized value of patient narratives in knowing the effects of the treatments that are performed, especially in mind-altering disease processes.
Keywords. Caregiver burden, volatile oils, perception, quality of life.

Introducción

Los cuidadores desempeñan un rol que implica asistir a otra persona en condición de discapacidad y/o enfermedad para que esta última pueda realizar actos corrientes de la vida diaria y de cuidado personal[1]; esto implica demandas físicas y mentales que, por lo general, aumentan en la medida en que el estado de salud de la persona que es cuidada se deteriora. Existen dos tipos de cuidadores: los formales o profesionales y los informales o no profesionales[2]; ambos desarrollan actividades que no están estrictamente vinculadas al servicio de salud, sino que hacen más llevadera la existencia a las personas dependientes en sus necesidades básicas[3].

Los cuidadores formales son integrantes del equipo de salud capacitados para dar un servicio profesional remunerado por tiempo limitado[4-6], mientras que los cuidadores informales asumen de manera voluntaria y decidida la tarea de cuidar a otra persona ayudándola a enfrentar las demandas de la vida diaria, tales como la asistencia en la alimentación, la higiene, los traslados, entre otros[7]; si estos cuidadores asumen la responsabilidad total del paciente, algunos autores los identifican como cuidadores primarios. La principal diferencia entre un cuidador formal y uno informal está en el vínculo afectivo que el cuidador crea: el informal es un sujeto que antes de ejercer un rol de cuidador ya es de por sí un familiar o una persona muy cercana al enfermo (por lo general suelen ser cónyuges o hijas); es decir, ya hay establecido un vínculo de cuidador a enfermo.

Cabe mencionar que el grado de exposición de estrés a los que cada cuidador se somete no es el mismo, pues depende de algunos detalles y factores relacionados que rodean tanto al cuidador como al sujeto a cuidar[8].

Así, la tarea de cuidado es dinámica y con el tiempo implica una mayor responsabilidad, un mayor gasto de energía y más dedicación en tiempo por parte del cuidador, lo que se traduce en una interrupción progresiva de los roles que desempeña la persona que cuida tanto para sí misma, como para su familia y la sociedad. Esta situación de alta demanda de recursos del cuidador en lo que trata la tarea de cuidado finalmente termina afectando su calidad de vida[9]. De este modo, el cuidador, como persona que cuida a un sujeto en condición de discapacidad y/o enfermedad, se convierte también en un sujeto enfermo, pero como ya existe un sujeto enfermo que motiva esa relación, el cuidador es descrito como el paciente "oculto" o "desconocido"[10].

La población de cuidadores está aumentando notablemente, lo que es visible de manera tangencial por el incremento de personas en situación de discapacidad, como por ejemplo las personas con demencias[11], y por la inversión de la pirámide poblacional, pues cada día es mayor la proporción de adultos mayores[12,13].

Un aumento de la población de cuidadores significa un incremento de pacientes ocultos. Este grupo de pacientes, como sucede con cualquier sujeto enfermo, requiere de procesos de atención, pero la situación de no ser visto genera un desafortunado círculo vicioso que surge a partir de una condición de enfermedad no intervenida por parte del sistema de salud que se perpetúa dado el contexto de cuidado de un tercero que se mantiene

Rev Col Med Fis Rehab 2024-34(1): e420 - Enero - Junio de 2024 http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.420

en el tiempo. Estos pacientes ocultos (los cuidadores) terminan con un trastorno neuropsiquiátrico conocido como síndrome de carga del cuidador[14], también llamado síndrome de burnout, síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga, y cuyo síntoma central es el estrés[15,16].

Esta situación genera un importante grupo de pacientes ocultos (sujetos con síndrome de carga del cuidador[17]) que invariablemente sufren alteraciones en su calidad de vida[9], la cual es descrita en términos de percepción[18] como una valoración subjetiva del lugar del sujeto con respecto a su existencia[19], es la "experiencia que las personas tienen de sus propias formas y condiciones de vida"[20].

Para hacer frente a esta realidad han surgido distintos tipos de intervenciones que se centran en la salud de la persona cuidadora o en el apoyo al cuidado que presta, y tienen el objetivo de prevenir o disminuir la carga del cuidado, mejorar la salud del cuidador y, con ello, su calidad de vida[21].

Las intervenciones dirigidas a la salud del cuidador usualmente hacen parte de la medicina alopática[22], cuyo proceso de atención requiere, por parte del paciente, recursos como tiempo, desplazamientos a los centros de atención, dependencia del profesional de la salud y altos costos[23], recursos que para este paciente oculto son escasos por la tarea que implica cuidar, sumado a la dificultad de dejar a la persona que se cuida a cargo de otro cuidador[24]. Es en este contexto que otras opciones terapéuticas se presentan como alternativas óptimas; así, se requieren intervenciones que sean efectivas, pero que, además, sean de bajo costo, que puedan desarrollarse sin un alto recurso de tiempo y que se puedan realizar con una baja dependencia del profesional de la salud. Este es el caso de la intervención con aceites esenciales (AE)[25,26].

El uso de los AE, como por ejemplo la lavanda y la bergamota, muestra una gran eficacia y seguridad para disminuir el estrés, el cual, como ya se informó, es el síntoma central en el síndrome de carga al cuidador; además, mejora otros síntomas neuropsiquiátricos como la ansiedad y la depresión[27-29], los cuales también están presentes en el síndrome de carga al cuidador[30].

Como se ha mencionado, el síndrome de carga del cuidador afecta a un importante grupo de personas que generalmente no reciben intervención, por este motivo es indispensable realizar estudios que los visibilicen y permitan generar intervenciones pertinentes y efectivas[31]; una alternativa que se propone para ello es la terapia con los AE de lavanda y bergamota, por lo que es importante identificar cuál es la percepción de los cuidadores con síndrome de carga del cuidador sobre los efectos de esta terapia en su calidad de vida. De este modo, el objetivo de la presente investigación fue identificar el efecto de los AE sobre la calidad de vida en un grupo de pacientes con síndrome de carga del cuidador a través de su percepción fenomenológica.

Cuando se habla de intervención de manera tácita se piensa en cómo reconocer el efecto que tenga la intervención relacionada. Es aquí donde el relato del sujeto enfermo adquiere un rol sobresaliente, pues es solo a través de su percepción del tratamiento que es posible conocer el efecto del mismo[32].

Las percepciones se entienden aquí como el relato de la experiencia vivida, entendida como las manifestaciones de los significados vividos y los valores expresados por sujetos humanos concretos[33], y la experiencia fenomenológica, entendida como una filosofía de la experiencia cuya ambición fundamental es aclarar los fenómenos como configuraciones de sentido que se constituyen en la experiencia[34]. Así, aunque es posible hacer mediciones fisiológicas para conocer los efectos de una terapia, es la experiencia del efecto (la experiencia fenomenológica) lo que prevalece.

El presente estudio buscó identificar cuál era la percepción de los cuidadores con síndrome de carga del cuidador sobre los efectos de los AE en su calidad de vida debido a que la evidencia revisada muestra resultados positivos de estas sustancias aromáticas como terapia complementaria[35]. Esta investigación es de gran relevancia debido a que es necesario incrementar este tipo de estudios para profundizar en las propiedades farmacológicas de los AE y su diversidad, ya que pueden tratar diversas patologías; además, los resultados permiten conocer diferentes maneras de administración y probables efectos adversos y contraindicaciones de esta terapia. Para lograr esto se utilizaron herramientas cuantitativas y

cualitativas que hicieron cognoscible la percepción del efecto de los AE en los sujetos en cuestión.

Métodos

El presente es un estudio mixto con triangulación concurrente o DITRIAC[36] en el que se hace una recolección y análisis simultáneo de datos cuantitativos y cualitativos. El diseño DITRIAC fue elegido dada la complejidad del fenómeno estudiado y reconociendo las fortalezas y complementariedad de los diseños cuantitativos y cualitativos. La triangulación se realizó mediante el cruce de las categorías cualitativas y cuantitativas; en lo referente a síntomas psicosomáticos, se realizó un cruce entre la dimensión de impacto al cuidador (escala de Zarit) y el dominio de funcionamiento físico, limitación del rol físico, energía, fatiga, dolor y salud general (cuestionario SF36).

En la categoría cualitativa los síntomas emocionales se cruzaron con la dimensión de autoeficacia (escala de Zarit) y el dominio de limitación emocional y bienestar emocional (cuestionario SF36). La repercusión en los roles persona, familiar y social de la categoría cualitativa se cruzó con la dimensión de relaciones interpersonales y dependencia (escala de Zarit) y los dominios de funcionamiento social (cuestionario SF36). Estas secciones se anteceden de la caracterización de los participantes.

En el estudio se incluyeron nueve participantes, los cuales fueron seleccionados por muestreo intencional y tenían en común que eran cuidadores de pacientes neurológicos en condición de dependencia y con cambios comportamentales. De los nueve cuidadores, solo una presentaba diagnóstico de lumbalgia y lesión del maguito rotador bilateral generado por su tarea de cuidadora principal de más de 23 años; los otros participantes no refirieron alteraciones en su salud.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores.

Variable	Categoría	n
Sexo	Femenino	8
	Masculino	1
Grupos de edad	20-30 años	1
	30-40 años	0
	41-50 años	3
	51-60 años	3
	>60 años	2
Escolaridad	Tecnólogo	4
	Universitario	5
Estado civil	Soltero	2
	Casado	5
	Separado	2
Hijos	Sí	7
	No	2
Tiempo de dedicación al cuidado de su familiar o paciente	0-3 años	1
	3-6 años	4
	6-9 años	1
	9-12 años	2
	>12 años	1

Fuente: elaboración propia.

Rev Col Med Fis Rehab 2024-34(1): e420 - Enero - Junio de 2024 http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.420

Los criterios de inclusión fueron: participar de manera voluntaria, ser mayor de edad, ser cuidador formal o informal, poder asistir a las sesiones de entrenamiento, firmar el consentimiento informado, ser cuidador de pacientes neurológicos por más de seis meses y tener una puntuación >30 en la escala de Zarit. Por su parte, los criterios de exclusión fueron: tener reacciones adversas al tratamiento con AE (se hizo una prueba de seguridad para el uso de estas sustancias con los participantes, para lo cual durante 45 minutos se aplicaron de manera tópica dos gotas de AE de lavanda en un antebrazo y dos gotas de AE de bergamota en el otro antebrazo), tener una condición clínica con restricciones de tipo respiratorio y/o dermatológico y/o estar en estado de gestación (se excluyeron las embarazadas dado el reporte de algunos estudios sobre efectos adversos en esta población ya que aumentan los síntomas iniciales del embarazo como náuseas y mareos)[37].

Cabe señalar que los AE presentan un riesgo mínimo[38] debido a las pequeñas cantidades que debe utilizar el participante (dos gotas por punto anatómico indicado). Sin embargo, también se realizó prueba de sensibilidad a alergias con una duración de tres horas; los pacientes que presentaban alergias no fueron incluidos en el estudio.

En la fase cuantitativa se realizó un preexperimento con diseño preprueba/posprueba con un solo grupo que tuvo una duración de dos meses, cuya variable independiente fue el uso de los AE y las dependientes, el grado de carga del cuidador y su percepción de calidad de vida (medidas a través de la escala de Zarit[39] y el cuestionario de salud SF36[40], respectivamente).

Inicialmente se realizó una capacitación sobre los AE que hacen parte de la medicina alternativa y complementaria, enfatizando en el uso de técnicas terapéuticas con base en productos naturales como la aromaterapia[37]. Luego de dar la parte conceptual del estudio, se realizó un taller para explicar cómo utilizar estas sustancias y se explicó que primero debían colocar dos gotas en las palmas de las manos para frotar el aceite y posteriormente inhalarlo durante un minuto; el aceite que quedaba en las palmas debía ser utilizado para hacer un masaje en la nuca hasta que este se absorbiera. Si se presentaba dolor en alguna parte del cuerpo, el aceite sobrante podría utilizarse para masajear dicho punto corporal. La capacitación fue presencial, duró 45 minutos y se complementó con videos de apoyo enviados por correo electrónico y WhatsApp. Se indicó el uso tópico e inhalado del AE de bergamota en la mañana y el de lavanda en la noche ya que este uso de estos aceites tiene directa relación con su efecto: el AE de bergamota, por sus efectos neurofisiológicos activadores, se recomienda para el día y el de lavanda, por sus efectos neurofisiológicos tranquilizantes, se recomienda para la noche[41].

Los AE fueron codificados con números para que los participantes no supieran cuál estaban usando. Una de las limitaciones que se reconocen en este estudio es la imposibilidad de codificar/anonimizar en su totalidad los AE, pues no es posible neutralizar el olor de los aceites en tanto es a través de este que se genera, en gran medida, su efecto. A pesar de esta dificultad, los AE eran de uso desconocido para los participantes de este estudio, lo que ayudó a contrarrestar las dificultades que pudieran presentarse por la identificación de los aceites a partir de su olor.

Durante la intervención, los participantes tenían que aplicarse en la mañana el AE #6 (bergamota) y en la noche el AE #2 (lavanda). La información que debían registrar en el diario de campo era conforme a las categorías creadas de acuerdo a la revisión bibliográfica:

- Indicar qué síntomas presentaba (fatiga, dolor muscular, depresión, ansiedad y falta de energía).
- Indicar cuál fue el aceite utilizado y si encontraba diferencias sobre los síntomas luego de la aplicación.
- ¿Cuánto duro el efecto de los aceites sobre los síntomas?
- ¿Cuál era el síntoma que percibía que había mejorado con la intervención?
- ¿Cuál era el síntoma que persistía?
- Luego de utilizar los AE durante ocho semanas, ¿qué cambio percibió a nivel laboral, familiar y social?
- ¿Tiene comentarios adicionales?

Los cuidadores enviaban la información diariamente y si tenía algún inconveniente o duda se comunicaban de manera telefónica para solucionarlo. Los AE se administraron de manera tópica[42] e inhalada[43], ya que

de esta forma muestran una gran eficacia y seguridad en las intervenciones de las personas, especialmente en la disminución del estrés y la ansiedad y en la mejoría del estado anímico[29].

Estos efectos se logran gracias a la respuesta generada por el sistema nervioso simpático luego de la inhalación de los compuestos volátiles que son detectados por el nervio olfativo; así, el mecanismo de acción de los aceites administrados por inhalación implica la estimulación de los receptores olfativos en el epitelio nasal, alrededor de 25 millones de células conectadas al bulbo olfatorio. La señal se transmite al sistema límbico y al hipotálamo en el cerebro a través del bulbo olfatorio y una vez que las señales llegan a la corteza olfativa se liberan neurotransmisores como la serotonina, que tiene efecto sobre las emociones (felicidad)[44,45]; las endorfinas, y la norepinefrina en el hipotálamo eje pituitario, lo que modula los neuroreceptores en el sistema inmune alterando el estado de ánimo y disminuyendo la ansiedad y la interrupción de la respuesta al estrés[46,47].

En la fase cualitativa se indagaron las percepciones de los participantes sobre la experiencia con los AE, lo cual se realizó antes, durante y después de la intervención mediante comunicación telefónica y por WhatsApp y a través de los registros diarios de los diarios de campo, los cuales favorecían la adherencia a la intervención con los aceites.

Así, en la medida en que es posible conocer la experiencia de otros a través de sus narrativas, los sujetos realizaron un diario de campo y se hizo una entrevista semiestructura al culminar los dos meses de intervención como complemento de lo anterior. En el proceso de entrenamiento para el uso de los AE, los participantes también recibieron las directrices para llenar el diario de campo, cuya elaboración, así como la de los ejes temáticos de la entrevista semiestructurada, fue evaluada por tres expertos.

Para los datos cuantitativos, el proceso de análisis se llevó a cabo a través de la estadística descriptiva y no paramétrica mediante el programa SPSS v25. Así, se realizó una descripción de la muestra de los nueve cuidadores y de las escalas aplicadas desde la estadística descriptiva y un análisis de diferencia entre grupos de las mediciones 1 y 2 correspondientes a la escala de Zarit[48] y el cuestionario SF36[49] por medio de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon (diferencia entre grupos para muestras relacionadas). La aplicación de estos instrumentos en el momento pre y post fue realizada por el investigador principal, quien tiene entrenamiento previo en su aplicación y análisis y cuenta con experiencia clínica en el campo.

En la fase cualitativa, en la cual se usó el programa NVivo v12, se realizó un análisis de contenido que incluyó el proceso de categorización axial[50]. Se plantearon como categorías iniciales aquellas que propone la literatura como dimensiones que se afectan en un sujeto que vive experiencias de carga por cuidar a un tercero[39]: síntomas emocionales y psicosomáticos, efectos percibidos de los AE, percepción de los AE y repercusión del uso de AE en las áreas personal, laboral y social.

Resultados

Siguiendo el tipo de diseño del presente estudio, los resultados se presentan en dos apartados, en el primero se incluyen los resultados de los datos cuantitativos y en el segundo los de los datos cualitativos y la triangulación de la información. Dada la interrelación de los hallazgos cuantitativos y cualitativos en el modelo DITRIAC, la triangulación se realizó mediante el cruce de las categorías cualitativas y cuantitativas, tal como se especificó previamente en la sección Métodos.

La mayoría (82,5%) de los participantes eran mujeres, lo que coincide con lo descrito en la literatura, pues en lo que respecta a la tarea de cuidado, es el rol femenino el que prevalece. Todos los cuidadores tenían alta escolaridad (55,5% universitario y 44,5% tecnólogo), solo uno llevaba menos de tres años en la tarea de cuidado y cuatro estaban realizando esta tarea desde hace más de seis años. El sujeto que es cuidado por los participantes, en su mayoría, hace parte del grupo familiar, pues solo el 33,33% de los cuidadores que participaron en el estudio eran personal de la salud (auxiliares de enfermería) contratados para la tarea de cuidado, es decir cuidadores formales que brindan apoyo en el cuidado de otra persona que sufre una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, para hacer más llevadera su existencia; estos cuidadores solo tenían a cargo un paciente, el cual residía en su hogar.

Rev Col Med Fis Rehab 2024-34(1): e420 - Enero - Junio de 2024 http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.420

Resultados cuantitativos

La Figura 1 agrupa los resultados de la escala de Zarit y el cuestionario SF36 de los nueve participantes en la medición previa a la intervención con AE y la posterior a esta. Allí puede notarse que existe una diferencia estadísticamente significativa (Wilcoxon con nivel de significancia de 0,008 para la escala de Zarit y de 0,407 para el cuestionario SF36) entre las dos mediciones.

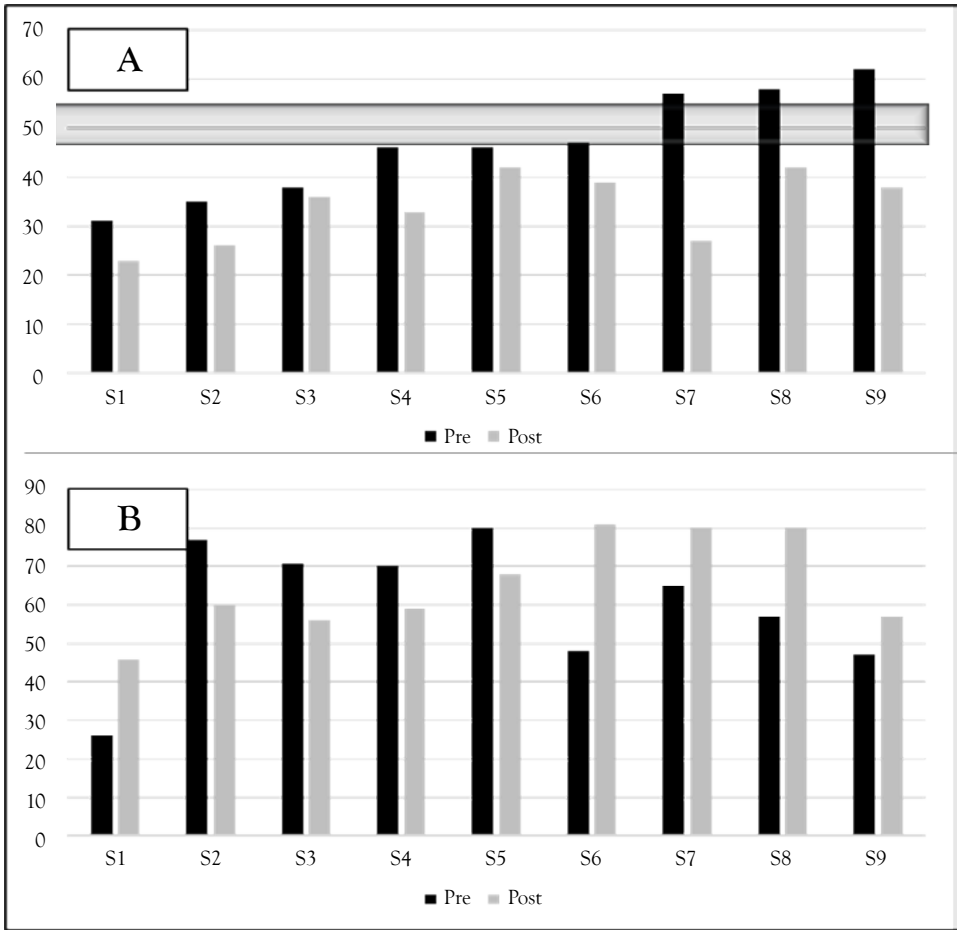

Figura 1. Mediciones pre y post intervención de la escala de Zarit y el cuestionario SF36. A) Escala de Zarit, rangos de medición: ausencia de carga del cuidador ≤46 (bajo la franja oscura), carga del cuidador ligera 47-55 (franja oscura) y carga del cuidador intensa ≥56 (sobre la franja oscura); B) Cuestionario SF36, con puntuaciones de 0 a 100, donde 0 es el peor estado de salud y 100 el mejor estado de salud.
Fuente: elaboración propia.

Los cambios en la escala de Zarit (Figura 1A) fueron menores en todos los participantes, lo que sugiere un impacto positivo por parte del uso de los AE y es coherente con lo ya descrito en la literatura cuando se trata de efectos de esta terapia alternativa en la calidad de vida[25,51,52].

Respecto a los resultados del cuestionario SF36 (Figura 1B), aunque las diferencias son estadísticamente significativas, estas no son siempre hacia una puntuación que indique una mejor calidad de vida, pues cerca de la mitad de los participantes (44,5%) tuvieron puntuaciones que sugieren una disminución en esta con respecto al momento previo. Sobre ello se comenta en la parte de resultados cualitativos, aunque se anticipa que esto tuvo relación con el contexto vital de confinamiento por la pandemia, que potenció diferentes estresores relacionados con la sensación de carga.

Lo que se logró evidenciar es que las intervenciones con AE mejoraron la percepción de calidad de vida en el dominio de funcionamiento físico, limitación del rol físico, energía, fatiga y dolor, y que los

participantes no refirieron cambios significativos en la percepción general de salud.

Resultados cualitativos

La percepción sobre el efecto de los AE en sujetos con síndrome de carga del cuidador fue la motivación central de este estudio, pues, como se ha señalado, es a través del relato del paciente (paciente oculto) que es posible conocer la percepción del efecto del proceso de intervención, lo que toma fuerza reconociendo la presencia de reportes de mediciones clínicas en ausencia de la experiencia del síntoma, como es el caso del Alzheimer asintomático (sujetos con atrofia cerebral y hallazgos neuropatológicos sugerentes de la enfermedad, pero sin síntomas cognoscitivos)[53,54].

El análisis de frecuencia de palabras de las narrativas (Figura 2) hace evidente el rol del dolor en la experiencia de carga del paciente. La presencia del dolor cuando se piensa la enfermedad, como en el caso de la carga al cuidador, refleja la inevitable relación entre las categorías dolor y enfermedad. El dolor es en esencia una experiencia del cuerpo[34] y aunque existe una descripción biológica, esta no es suficiente para explicar lo que siente cada persona a partir de su experiencia[34].



Categoría	Subcategoría
Síntomas emocionales y psicosomáticos	Fatiga
	Dolor muscular
	Ansiedad
	Depresión

Figura 2. Nube de palabras de los participantes extraída de las narrativas de los diarios de campo y las entrevistas semiestructuradas.
Fuente: elaboración propia.

Los participantes del estudio viven una experiencia constante de dolor en sus cuerpos. Todo aquello que se dice desde la fenomenología del dolor, y que la descripción biológica de este no puede explicar[34], podría decirse desde la experiencia de lo que se describe como enfermedad mental, como es el caso del síndrome de carga al cuidador. Ya otros autores han descrito lo inadecuado que resulta pensar en el modelo biomédico para las afectaciones de la mente[55,56]; de este modo, y con lo ya señalado, podría decirse que la experiencia de la situación de carga del cuidador solo es cognoscible a través de la experiencia de vida de quien lo sufre y, como consecuencia de ello, el efecto de la intervención que se realice solo podría conocerse a través de las narrativas del sujeto que ha estado expuesta a ella y cómo esta intervención modifica su calidad de vida debido a los cambios generados en los síntomas.

La mención del dolor en las narrativas de los participantes está directamente relacionada con el objetivo del presente estudio: identificar las percepciones de los participantes sobre la percepción del efecto de los AE en su calidad de vida. Los AE de lavanda y bergamota poseen propiedades analgésicas tanto para el dolor nociceptivo como neurótico[37,57,58]. El dolor se presenta aquí como un indicador de la carga del cuidador y de la alteración de la calidad de vida; este dolor está relacionado con los síntomas descritos en el síndrome de carga del cuidador (por ejemplo, S2: "el cansancio y dolor es siempre en la parte de la frente y en los trapecios, es como todo el peso que uno carga"), pero también aparece en las narrativas de los participantes como una opción para reconocer que existe un efecto positivo de una intervención en la medida en que dicha intervención aminore el dolor (por ejemplo, S3: "los síntomas disminuyeron [...] el dolor muscular, la falta de energía", S5: "mejoró el dolor de espalda"). La intervención del dolor se hace central en la medida en que la experiencia del dolor deteriora la percepción que tenga el sujeto sobre su calidad de vida[59].

Si bien quiere señalarse la centralidad del dolor en las narrativas de los participantes del estudio, vale resaltar que el relato sobre los efectos de los AE en la mejora de los síntomas del síndrome de carga del cuidador fue la categoría que tuvo mayor codificación (Figura 3; por ejemplo, S1: "me sentía más activa, emocionalmente más estable, con más

Rev Col Med Fis Rehab 2024-34(1): e420 - Enero - Junio de 2024 http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.420

ánimo, con menos preocupaciones, más tranquila, más controlada [...] mejoró mi relación con los demás beneficiándome en lo familiar y social"; S4: "disminuyó el estrés, la ansiedad y mejoro el sueño, ya que estaba teniendo insomnio, también me mejoro la energía"; S5: "los cambios familiares y laborales fueron buenos, me sentía agotada antes de utilizarlos, algunas veces estresada, los olía, una experiencia súper buena me mejoró la parte emocional").

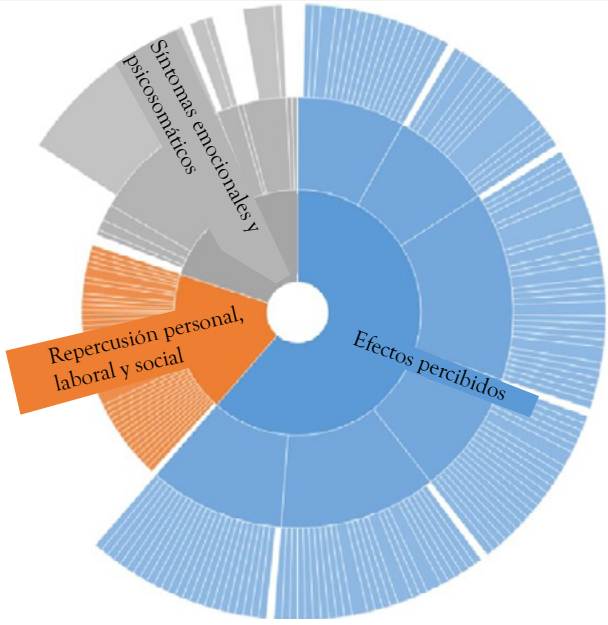

Figura 3. Mapa jerárquico de las categorías.
Fuente: elaboración propia.

Este impacto positivo relatado desde la experiencia del fenómeno permite hacer una lectura diferente de los resultados de algunos de los participantes que puntuaron en el cuestionario SF36 valores que sugieren una peor calidad de vida relacionada con la salud en las mediciones posteriores a la intervención con los AE.

El presente estudio inició poco tiempo antes de la declaración nacional de la pandemia por COVID-19. Esto es de gran relevancia ya que la situación de confinamiento que se vivió al inicio de la emergencia sanitaria generó la ausencia de actividades externas del cuidador y no permitió, en esos primeros momentos, el apoyo de personas externas para la tarea de cuidado. Con esto, los factores estresores que gatillan la situación de carga por cuidar a un tercero se maximizaron, lo que generó la percepción de deterioro en la calidad de vida; en este punto vale la pena recordar el importante papel que juega el estrés en este síndrome[15,60,61]. A pesar esto, los sujetos que tuvieron esa puntuación experimentaron una menor experiencia de carga, teniendo presente los resultados de la escala de Zarit, que para todos los casos sugiere una mejoría en los participantes, pues la calidad de vida mejoró en el dominio de funcionamiento físico, limitación del rol físico, energía, fatiga y dolor, aunque la percepción de los dominios limitación del rol emocional, bienestar emocional, funcionamiento social y salud general disminuyeron pese a la intervención debido al confinamiento.

De este modo, habría aquí una tensión a examinar entre percepción de calidad de vida y carga del cuidador y que podría sintetizarse de la siguiente manera: aunque en los cuidadores la experiencia de carga parezca afectar la percepción que se tenga sobre la calidad de vida, no siempre que ellos perciben una afectación de la calidad de vida es por la presencia de carga al cuidar

Discusión

El objetivo del presente estudio fue identificar la percepción de los efectos de los AE en la calidad de vida de un grupo de personas que sufren síndrome

de carga del cuidador, pero los hallazgos, además de dar cuenta de este objetivo, ilustran la relevancia del conocimiento de la experiencia de una intervención desde la voz del paciente y a través del relato de su percepción; esto adquiere un rol destacado cuando se trata de alteraciones que afectan la mente.

El modelo biomédico ha generado una fuerza en los procesos de atención de la medicina alopática, pero es poco aplicable cuando las alteraciones del sujeto enfermo no son primariamente fisiológicas. El síndrome de carga del cuidador, descrito como una entidad neuropsiquiátrica compleja con diversos síntomas y derivada de la tarea de cuidar a un tercero, no es una condición primariamente fisiológica; de esta manera, el conocimiento de la efectividad de los procesos de intervención parece ser mejor si se realiza a través del conocimiento de la experiencia del sujeto enfermo.

La percepción de efectividad de la terapia alternativa complementaria con AE de lavanda y bergamota, desde las narrativas de los sujetos, describió un cambio positivo en su experiencia vital, cambio que tuvo directa relación con el efecto de los aceites utilizados en los síntomas neuropsiquiátricos y con una centralidad de dichos efectos en la experiencia del dolor, y que además repercutió de manera positiva en la percepción de calidad de vida de los participantes. Nuestra percepción de lo vivido genera un impacto en nuestra experiencia; al respecto, Merleau-Ponty[62] afirma que no es posible separar la percepción de lo percibido: "La percepción es justamente ese tipo de acto en el que ni podría ser cuestión de poner aparte el acto mismo y el término al que este remite"; es decir, no es posible separar la percepción del efecto de los AE del efecto mismo de los AE.

El rol sobresaliente del dolor en el presente estudio sugiere tener presente las cuestiones de somatización y psicologización del dolor, el primero descrito como la transformación de un dolor no corporal en uno corporal y el segundo, como la expresión de estrés psicológico ante el dolor corporal[34], cuestiones que pueden pensarse como presentes en quienes viven la experiencia del síndrome de carga del cuidador, pues dichos sujetos están expuestos a estresores psicológicos y altas demandas físicas que pueden generar dolor desde estas dos miradas.

De igual forma, vale la pena discutir la relación que este estudio sugiere entre calidad de vida y experiencia de carga, pues los resultados evidenciaron una discrepancia entre la percepción que tienen los sujetos de su experiencia de carga y de su calidad de vida. Parece que, ante esta discrepancia y dado el contexto de pandemia que cursó a la par con el desarrollo de este estudio, la experiencia de carga al cuidador afecta la calidad de vida, pero no siempre que la percepción de la calidad de vida esté afectada se habla de una situación de carga en dichos sujetos. Esto resulta ser una precaución al establecer posibles relaciones causales entre estas categorías, pues podría pensarse que un sujeto que viva una experiencia de carga por cuidar a un tercero percibe su calidad de vida deteriorada por dicha tarea.

La calidad de vida es más abarcadora que lo que en realidad puede afectarse de esta en el síndrome de carga del cuidador, quizá por ello, a pesar de que algunos participantes expresaron una mejora en los síntomas de esta entidad neuropsiquiátrica, su percepción de calidad de vida general empeoró, lo que se dio por el contexto de confinamiento derivado de la pandemia por COVID-19 y porque la intervención impactó positivamente en la calidad de vida en lo referente a los dominios de funcionamiento físico, limitación del rol físico, dolor, energía y vitalidad gracias a las propiedades neurológicas de los AE, pues el aceite de bergamota actúa sobre la ansiedad, el cansancio muscular, la falta de energía y la fatiga[63], y siendo empleado en las horas de la mañana sus efectos fueron percibidos por los cuidadores ya que les mejoraba el estado de ánimo y les disminuía los síntomas de tristeza. Con respecto al aceite de lavanda, que tiene propiedades calmantes, disminuye el insomnio, favorece el sueño reparador y regula el cortisol[64], se encontró que los cuidadores afirmaron que al emplearlo en las horas de la noche les mejoraba la conciliación del sueño y disminuía la ansiedad y esto favorecía la labor del día a día. Estos efectos de ambos AE demuestran el impacto de esta terapia alternativa en los síntomas y en la salud de los cuidadores, desafortunadamente los dominios de la esfera emocional no tuvieron cambios significativos debido al confinamiento.

Para cerrar esta sección, cabe señalar un punto relacionado con la motivación central de este estudio: la terapia con AE como alternativa para

Rev Col Med Fis Rehab 2024-34(1): e420 - Enero - Junio de 2024 http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.420

sujetos con síndrome de carga del cuidador. Este tipo de alternativa terapéutica es de bajo costo, tiene pocos efectos adversos y es de fácil manejo para el paciente. Sin embargo, no es muy usada, lo que podría deberse a que es poco conocida por la mayoría de las personas en Colombia y a que su acción ha sido poco probada en el territorio nacional. En consecuencia, su consumo es bajo y hay una alta desconfianza por parte del consumidor que deriva en una baja implementación e integración de esta con la medicina convencional, sin lograr obtener beneficios mutuos; en pocas palabras, se pierde este importante recurso terapéutico a pesar de la amplia descripción de sus efectos neurofisiológicos.

La terapia con AE se presenta como una opción adecuada para pacientes que, al ser cuidadores, no cuentan con los recursos necesarios para cuidar de su salud, como por ejemplo tiempo para hacer procesos de solicitud de citas y asistencia a estas. Lo anterior cobra mayor fuerza al tener los resultados de este estudio, pues se estaría hablando de una terapia de fácil acceso y, además, efectiva.

Conclusiones

El presente estudio permitió reconocer dos cuestiones centrales. La primera de ellas es el efecto positivo que tiene la terapia con AE en sujetos que experimentan el síndrome de carga del cuidador. La percepción de los cuidadores con esta condición sobre los efectos de los AE es que modifica los síntomas psicosomáticos y emocionales, lo cual se traduce en un mejor desempeño de sus roles, más vitalidad para realizar sus tareas, menos sentimientos de tristeza y una percepción de salud que les permite realizar todas sus actividades personales, familiares y sociales de una mejor manera; en otras palabras, la intervención con AE mejora la percepción que tienen de su calidad de vida los cuidadores con síndrome de carga del cuidador.

La segunda cuestión es el valor de las narrativas del paciente en el conocimiento de los efectos de los tratamientos que se realizan, en especial en los procesos de enfermedad que alteran la mente, los cuales son descritos como neuropsiquiátricos y están directamente relacionados con la experiencia de vida, de allí que las herramientas de la fenomenología resulten casi imprescindibles al momento de conocer los efectos de un tratamiento para estas circunstancias.

Finalmente, es indispensable el desarrollo de programas educativos que promuevan el uso de las medicinas alternativas complementarias, como el caso de los AE, pues son una opción terapéutica efectiva que parece ser de poco uso debido al desconocimiento de sus propiedades. Esto generaría alternativas para procesos de neurorrehabilitación para disminuir síntomas psicosomáticos y emocionales, como por ejemplo el trastorno neuropsiquiátrico del síndrome de carga del cuidador.

Consideraciones éticas

El presente estudio contó con el aval del Comité de Ética de la Universidad Manuela Beltrán (Bogotá, Colombia) según el acta No. 08-07-08-2019 del 09 de julio de 2019. Los participantes, después de haberles socializado el estudio y los criterios éticos que conllevaba la investigación, firmaron el consentimiento informado. Además, el estudio siguió los principios éticos para la investigación biomédica en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki[65] y las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia[66].

Contribución de los autores

Aurora Catalina Estrada Rodríguez fue la responsable de concebir la idea inicial de la investigación. Así mismo, desarrolló la búsqueda de información y su conceptualización, a partir de la cual diseñó los instrumentos de recolección de datos e implementó la metodología recomendada por los otros autores del proyecto. Igualmente, llevó a cabo la intervención con los AE y posteriormente registró los hallazgos y analizó la información en colaboración con los demás autores. Además, se encargó de la preparación y presentación del trabajo publicado, especialmente en lo referente a la visualización y presentación de datos. También gestionó la adquisición de fondos para el proyecto que condujo esta publicación, proporcionando así recursos necesarios como los AE, los diarios de campo y los instrumentos de evaluación.

Nathalia Rodríguez Suárez fue la encargada de la conceptualización de la investigación. Además, delineó la metodología y llevó a cabo la implementación de los programas utilizados para el análisis tanto cuantitativo como cualitativo de la información. Así mismo, se encargó de verificar los resultados y realizar el análisis formal correspondiente. De igual forma, colaboró en la creación y presentación del trabajo publicado, especialmente en lo referente a la redacción del borrador inicial. Su contribución también abarcó la revisión y edición del texto final.

Steve Fernando Pedraza Vargas fue el encargado de la conceptualización de la investigación. Además, delineó la metodología para el análisis tanto cuantitativo como cualitativo de la información. Así mismo, verificó los resultados y realizó el análisis formal correspondiente. Igualmente, colaboró en la creación y presentación del trabajo publicado, especialmente en lo referente a la redacción del borrador inicial. Su contribución también abarcó la revisión y edición del texto final.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Rosell-Conde FdA. Usted puede… Mejorar los cuidados del enfermo dependiente. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2016.

2. Merino-López C. Nivel de estrés en cuidadores formales e informales de personas dependientes y su repercusión en salud mental [tesis]. Valladolid: Facultad de Enfermería, Universidad de Valladolid; 2020.

3. Caballero-Guzmán A, Pinto I. Valor del trabajo de la cuidadora familiar del paciente crónico en Colombia. Revista FACES. 2023;5(1):51-87. Disponible en: https://doi.org/10.54139/revfaces.v5i1.511.

4. Díaz-Pedroza AD. El Alzheimer no lo borra todo: experiencias de una cuidadora mayor primaria en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. Latinoamericana de Estudios de Familia. 2022;14(2):98-114. Disponible en: https://doi.org/10.17151/rlef.2022.14.2.6.

5. Wilson HS. Family caregiving for a relative with Alzheimer›s dementia: coping with negative choices. Nurs Res. 1989;38(2):94-8.

6. Islas-Salas NL, Ramos-del Río B, Aguilar-Estrada MG, García-Guillén MdL. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Rev. Instit Nac Enf Resp Mex. 2006;19(4):266-71.

7. San Román A, Martínez B, González B, de Araoz I, Espejo L, Ambros N, *et al*. Apoyos 2030. Un viaje para avanzar hacia apoyos personalizados y en la comunidad. Madrid: Plena inclusión; 2021.

8. Delgado-Pinos PS. Síndrome de burnout y bienestar mental en cuidadores formales de pacientes geriátricos [tesis]. Cuenca, Ecuador: Facultad de Psicología, Universidad del Azuay; 2023.

9. Zapata-Malca CR. Nivel de calidad de vida de familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas del pueblo Joven San Lorenzo I Sector-2017. Pimentel, Perú: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Señor de Sipán; 2018.

10. Calderón-Moreno SN, Díaz-Gutiérrez YP, Guevara-Flórez ME, Suárez-Rodríguez LK. Sobrecarga del cuidador familiar en niños con enfermedad cáncer [tesis]. Bucaramanga: Facultad de Enfermería, Universidad Cooperativa de Colombia; 2018.

11. Troncoso-Miranda DY. Cuidadores informales de personas dependientes en chile. Aspectos psicosociales y culturales [tesis]. Salamanca: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Salamanca; 2013.

12. Bahl MG. La relación entre las Personas Mayores con Demencia y el ambiente físico construido. Ina Belén. 2019:54.

13. Cordeiro-Mateo JL, Wood DW. La muerte de la muerte: la posibilidad científica de la inmortalidad física y su defensa moral. Deusto; 2018.

14. Domínguez-Sosa G, Zavala-González MA, de la Cruz-Méndez DdC, Ramírez-Ramírez MO. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. Méd UIS. 2010;23(1):27-34.

15. Gutiérrez-Aceves GA, Celis-López MÁ, Moreno-Jiménez S, Farias-Serratos F, Suárez-Campos JdJ. Síndrome de burnout. Arch Neurocien (Mex). 2006;11(4):305-9.

16. Melendez-Santillan RE, Tejada-Muñoz S. Clima organizacional y Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del Hospital de Jaén. Revista Científica UNTRM. 2020;3(1):30-6. Disponible en: https://doi.org/10.25127/rcsh.20203.569.

17. Tartaglini MF, Feldberg C, Hermida PD, Heisecke SL, Dillon C, Ofman SD, *et al*. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. Neurología Argentina. 2020;12(1):27-35. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.11.003.

18. Consiglio E, Belloso WH. Nuevos indicadores clínicos. La calidad de vida relacionada con la salud. Medicina (B. Aires). 2003;63(2):172-8.

19. Espinosa-Ortiz F. Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos. Antropología Experimenta. 2014(14).

20. Ramírez-Coronel AA, Malo-Larrea A, Martínez-Suarez PC, Montánchez-Torres ML, Torracchi-Carrasco E, González-León FM. Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2020;39(8):954-9.

21. García-Poo A. El cuidado de las personas mayores dependientes y el estrés del cuidador [tesis]. Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria; 2019.

22. Duarte-Gómez MB. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2003;19(2):635-43. Disponible en: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200030.

23. Mejía-Guevara LT, Montes-Marín E, Muñoz-Cuellar ML, Ramírez-FlorezJM, Ríos-Vargas LA. Oportunidad del servicio del plan de atención domiciliaria en una IPS de Manizales. Manizales: Universidad Católica de Manizales; 2011.

24. Navarrete-Llamuca AE, Taipe-Berronez AA. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con discapacidad física. Salud ConCienc. 2023;2(2):e14-e. Disponible en: https://doi.org/10.55204/pcc.v3i1.14.

25. Aćimović M. Essential Oils: Inhalation Aromatherapy -A Comprehensive Review. J Agron Technol Eng Manag. 2021;4(2):547-57.

26. Ali B, Al-Wabel NA, Shams S, Ahamad A, Khan SA, Anwar F. Essential oils used in aromatherapy: A systemic review. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine. 2015;5(8):601-11. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.apjtb.2015.05.007.

27. Louis M, Kowalski SD. Use of aromatherapy with hospice patients to decrease pain, anxiety, and depression and to promote an increased sense of well-being. Am J Hosp Palliat Care. 2002;19(6):381-6. Disponible en: https://doi.org/10.1177/104990910201900607.

28. Shellie R, Marriott P, Cornwell C. Characterization and comparison of tea tree and lavender oils by using comprehensive gas chromatography. J High Resol Chromatogr. 2000;23(9):554-60. Disponible en: https://doi.org/10.1002/1521-4168(20000901)23:9<554::AID-JHRC554>3.0.CO;2-F.

29. Watanabe E, Kuchta K, Kimura M, Rauwald HW, Kamei T, Imanishi J. Effects of bergamot (Citrus bergamia (Risso) Wright & Arn.) essential oil aromatherapy on mood states, parasympathetic nervous system activity, and salivary cortisol levels in 41 healthy females. Forsch Komplementmed. 2015;22(1):43-9. Disponible en: https://doi.org/10.1159/000380989.

30. Maté-Real C. La dependencia de los cuidadores de pacientes pluripatológicos con demencia: una revisión rápida [tesis]. Valladolid: Facultad de Enfermería, Universidad de Valladolid; 2022.

31. Rodríguez-Díaz L. Eficacia de los programas de intervención dirigidos a los/las cuidadores/as familiares de personas con la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática [tesis]. La Laguna: Facultad de Psicología y Logopedia, Universidad de La Laguna; 2022.

32. Tobón-Cañas N, Céspedes G, Silva D, Londoño L, Giraldo LM, Cruz N. "Psicología constructivista": el efecto del lenguaje en la determinación del psiquismo y la práctica psicoterapéutica. Revista Humanismo Soc. 2013;1(2):133-43.Disponible en: https://doi.org/10.22209/rhs.v1n2a03.

33. Prieto-Martínez P, Rodríguez-Suárez N, Gómez-Gómez L, Cárdenas-Bolívar Y, Celis-Rodríguez É. Percepciones de dignidad y respeto en Unidades de Cuidado Intensivo. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. 2020;20(2):77-85. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.01.005.

34. Geniusas S. The phenomenology of pain. Ohio: Ohio University Press; 2022.

35. Sánchez-Lozano J, Martínez-Pizarro S. Aromaterapia como adyuvante en el dolor y la ansiedad en pacientes con quemaduras. Revisión de la literatura. Enferm Dermatol. 2023;17(48):e01-e4. Disponible en: https://doi.org/10.5281/zenodo.7938415.

36. Hernández-Sampieri R, Fernpandez-Collado C, Baptista-Lucio MdP. Metodologia De La Investigacion. 6ta edición. Mexico D.F.: McGRAW-HILL. 2014 [citado mayo 5 de 2024]. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf.

37. Fajardo-Hurtado LY. Efecto de los aceites esenciales en los síntomas emocionales de la ansiedad, depresión y estrés una revisión literaria [tesis]. Bogotá D.C.: Facultad de ciencias de la Salud, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales; 2018.

38. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 (octubre 4): Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.; octubre 4 de 1993.

39. Martínez-Pizarro S. Síndrome del cuidador quemado. Rev Clín Med Fam. 2020;13(1):97-100.

40. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, *et al*. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005;19(2):135-50.

41. Vila-Casanovas R. Aceites esenciales y estado de ánimo. Revista de Fitoterapia. 2019;18(2):101-36.

42. de Groot AC, Schmidt E. Essential oils, part III: chemical composition. Dermatitis. 2016;27(4):161-9. Disponible en: https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000193.

43. Andrade LB, Echeverrigaray S, Fracaro F, Pauletti GF, Rota L. The effect of growth regulators on shoot propagation and rooting of common lavender (Lavandula vera DC). Plant cell, Tissue and Organ Culture. 1999;56(2):79-83. Disponible en: https://doi.org/10.1023/A:1006299410052.

44. Sánchez-Vidaña DI, Ngai SP-C, He W, Chow JK-W, Lau BW-M, Tsang HW-H. The effectiveness of aromatherapy for depressive symptoms: a systematic review. 2017;2017:5869315. Disponible en: https://doi.org/10.1155/2017/5869315.

45. Teskereci G, Boz İ. Gebelikte Aromaterapi: Bakima Tamamlayici Bir Yaklaşim. CİLT. 2020;51(1):49-52. Disponible en: http://dx.doi.org/10.16948/zktipb.431968.

46. Butje A, Repede E, Shattell MM. Healing scents: An overview of clinical aromatherapy for emotional distress. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2008;46(10):46-52. Disponible en: https://doi.org/10.3928/02793695-20081001-12.

47. Urrunaga-Ormachea MJ. Efecto de la aromaterapia en base a los aceites esenciales de lavandula dentata y citrus sinensis en el control de los síntomas del estrés laboral de los trabajadores administrativos de la Universidad Tecnológica de los Andes-Filial Cusco 2018 [tesis]. Cusco: Escuela de posgrado, Universidad Andina de Cusco; 2021.

48. Albarracín-Rodríguez ÁP, Cerquera-Córdoba AM, Pabón-Poches DK. Escala de carga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 2016;8(2):87-99. Disponible en: https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a06.

49. Vega-Silva EL, Barrón-Ortiz J, Aguilar-Mercado VV, Salas-Partida RE, Moreno-Tamayo K. Calidad de vida y carga del cuidadoren cuidadores con pacientes con complicaciones por la diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(4):440-8. Disponible en: https://doi.org/10.5281/zenodo.8200209.

50. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2016.

51. de Sousa DP, Silva RHN, Silva EFd, Gavioli EC. Essential oils and their constituents: an alternative source for novel antidepressants. Molecules. 2017;22(8):1290. Disponible en: https://doi.org/10.3390/molecules22081290.

52. Soto-Vásquez MR, Alvarado-García PAA, Sagastegui-Guarniz WA. Aromaterapia en la salud mental: una breve revisión. Medicina Naturista. 2019;13(1):21-5.

53. Iacono D, Pletnikova O, Rudow G, Patel E, Tudor D, Markesbery W, *et al.* Asymptomatic AD is associated with hypertrophy of CA1-hippocampus neurons in the NUN study. The FASEB Journal. 2008;22(Suppl 1). Disponible en: https://doi.org/10.1096/fasebj.22.1_supplement.707.2.

54. León OG, Portell M. Reseña de "678 monjas y un científico" de David Snowdon. Psicothema. 2003;15(3):501.

55. Foucault M. Enfermedad mental y psicología. Ediciones Paidós; 2016.

56. Lee A, Irwin R. Psicopatología: Una perspectiva neuropsicológica social. Bogotá D.C.: Editorial El Manual Moderno; 2020.

57. Tang SK, Tse MY. Aromatherapy: does it help to relieve pain, depression, anxiety, and stress in community-dwelling older persons? BioMed Rese Int. 2014;2014:430195. Disponible en: https://doi.org/10.1155/2014/430195.

58. Scuteri D, Sakurada S, Sakurada T, Tonin P, Bagetta G, Nicotera P, *et al.* Requirements for Translation in Clinical Trials of Aromatherapy: The Case of the Essential Oil of Bergamot (BEO) for Management of Agitation in Severe Dementia. Curr Pharm Des. 2022;28(20):1607-10. Disponible en: https://doi.org/10.2174/1381612828666220509152029.

59. Niv D, Kreitler S. Pain and quality of life. Pain Pract. 2001;1(2):150-61. Disponible en: https://doi.org/10.1046/j.1533-2500.2001.01016.x.

60. Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán MD, Núñez-Román EM. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2005;21(1-2):107-23.

61. Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología. 1999;15(2):261-8.

62. Merleau-Ponty M. El mundo de la percepción. Siete conferencias. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2002.

63. Fajardo-Hurtado LY. Efecto de los aceites esenciales en los síntomas emocionales de la ansiedad, depresión y estrés una revisión literaria [tesis]. Bogotá D.C.: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, 2018.

64. Avello M, Pastene E, Fernández P, Vargas P, Rioseco M, Libante P, *et al.* Efectos de la aromaterapia en el servicio medicina del hospital las higueras, Talcahuano Chile. BLACPMA. 2006;5(4):84-91.

65. World Medical Association (WMA). WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. Fortaleza: 64th WMA General Assembly; 2013.

66. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 (octubre 4): Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.; octubre 4 de 1993.