



Universidad Veracruzana

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Doctorado en Psicología

Efectos de la Psicoeducación y la Terapia Cognitivo Conductual sobre los índices de sobrecarga percibida, afrontamiento y sintomatología asociada al estrés en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos.

TESIS

Que para obtener el grado de **Doctor en Psicología**

Presenta:

Francisco Javier Rosas Santiago

Director de Tesis:

Dr. Roberto Lagunes Córdoba

Comité Tutorial:

Dra. Ma. Sobeida Leticia Blázquez Morales

Dra. Rebeca Robles García

Xalapa, Ver., Julio de 2015.

DEDICATORIA

A quienes aman con locura a los suyos, hasta el límite del altruismo letal.

*A quienes saben aceptar y crecer con entusiasmo, soportando con dignidad la
incertidumbre y el dolor.*

A los que aprenden diario a vivir y carcajear sin reservas.

*A quienes se conectan con los otros desde sus propias entrañas, logrando uno de los
más maravillosos fenómenos humanos: las relaciones de ayuda.*

A la naturaleza, por su despiadada y sabia determinación.

*A la ciencia, que (como diría Einstein) comparada con la realidad, es primitiva e
infantil.....y sin embargo es lo más preciado que tenemos.*

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Veracruzana, mi casa, mi bandera.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por su apoyo.

*Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, al Hospital Psiquiátrico Fray
Bernardino Álvarez y a la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme entrar en
sus espacios para enriquecer mi tesis doctoral.*

A los cuidadores que me dieron parte de sus vidas para este proyecto.

A Roberto Lagunes Córdoba, por ser mi amigo y mi guía.

A mi comité tutorial por su valioso respeto, apoyo y compañía en el trayecto del doctorado.

A Abel Lerma Talamantes, por hacerme pensar con sus preguntas.

*A los profesores y personal administrativo del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la
Universidad Veracruzana, por el apoyo incondicional.*

A mi hermano Luis Ángel, por sus enseñanzas de vida, lucha y resistencia.

A mi madre, por su inagotable amor y motivación.

*A mi segunda madre, mi tía Cilia y su esposo, mi tío Miguel, por sus ejemplos de amor y
tolerancia. Gracias tía, por ser una base segura para nuestra familia.*

*A toda mi familia Santiago, por enseñarme la compasión y el amor al prójimo. A mi abuelo
Alfonso, por decirme con sus gestos que confiaba en mí.*

*A todos mis amigos de vida: Ricardo Silva, Mariel Carvallo, Juan Carlos Oropeza, Javier
Hernández y Lety Lagunes, por estar siempre cuando los necesito.*

*A Julieta, por su inmenso sentir, por compartir conmigo su vida, y por enseñarme todos los
días a ser mejor persona.*

ÍNDICE

	Página.
1. RESUMEN.	3
2. INTRODUCCIÓN.	4
3. ENCUADRE EPISTEMOLÓGICO.	6
4. MARCO TEÓRICO.	
4.1. LA ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA.	8
4.2. EL CUIDADO INFORMAL A LA SALUD.	13
4.3. CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN EL CUIDADOR.	16
4.4. LA SOBRERCARGA PERCIBIDA.	18
4.5. ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN EL CUIDADOR.	19
4.6. EL SÍNDROME DE BURNOUT.	23
4.7. LA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA AL ESTRÉS.	25
4.8. INTERVENCIONES EN CUIDADORES INFORMALES.	26
4.9. LA PSICOEDUCACIÓN.	30
4.10. LA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL.	32
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	37
5.2. JUSTIFICACIÓN	37
6. OBJETIVOS.	
6.1. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICO.	39
6.2. HIPÓTESIS.	39
7. METODOLOGÍA.	
7.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.	40
7.2. PARTICIPANTES.	40
7.3. INSTRUMENTOS.	42
7.4. INTERVENCIONES.	49
7.5. PROCEDIMIENTO.	52
8. ANÁLISIS DE DATOS.	53
9. RESULTADOS.	54
10. DISCUSIÓN.	64
11. CONCLUSIONES.	72
12. LIMITACIONES.	73
13. APORTACIONES DEL ESTUDIO.	74
14. SUGERENCIAS.	75
15. REFERENCIAS.	77
16. ANEXOS.	90
ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO.	91
ANEXO B. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.	95
ANEXO C. MANUAL DEL EVALUADOR.	101
ANEXO D. MANUAL DEL PARTICIPANTE DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL.	104
ANEXO E. FORMATO VIGILANCIA INTEGRIDAD DE TRATAMIENTO.	137
ANEXO F. CARTAS INSTITUCIONALES DE ACEPTACIÓN.	142

1. RESUMEN

Se considera que los cuidadores informales de pacientes psiquiátricos tienen mayores índices de estrés y sintomatología física y psicológica asociada en comparación con poblaciones de no cuidadores. El objetivo de esta tesis es determinar y comparar la efectividad una intervención cognitivo-conductual con la psicoeducación en la reducción de la sobrecarga percibida, sintomatología asociada al estrés y el síndrome de burnout, así como en el desarrollo de modos de afrontamiento en cuidadores primarios informales de pacientes psiquiátricos que reciben tratamiento ambulatorio en dos hospitales de alta especialidad de la Ciudad de México. Se llevó a cabo un estudio tipo experimental con dos grupos aleatorizados: 27 cuidadores en el grupo que recibió psicoeducación y 44 en el que recibieron la intervención cognitivo conductual. Se realizaron mediciones a través de instrumentos de autoreporte antes y después de las intervenciones para estimar sus efectos sobre las variables sujetas a estudio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al inicio y al final de las intervenciones en ninguna de las variables estudiadas, pero se registraron cambios estadísticamente significativos al comparar las puntuaciones pre y post intervención dentro de cada grupo. **En el grupo que recibió la intervención cognitivo conductual se hallaron diferencias en las variables sobrecarga percibida ($p \leq .05$) y sintomatología asociada al estrés ($p \leq .05$); indicando una disminución en las puntuaciones post intervención. Los cuidadores que recibieron psicoeducación aumentaron sus modos de afrontamiento ($p \leq .05$) y redujeron sus puntuaciones de síndrome de burnout ($p \leq .05$). Todos los cambios tuvieron una d de Cohen mediana.** Así, el cálculo del tamaño del efecto de ambas intervenciones permite describir sus posibles mecanismos de acción y sugerir que la combinación de estas podría significar mayores cambios de variables psicológicas asociadas al estrés de cuidadores primarios informales de pacientes psiquiátricos.

Palabras clave: *estrés, cuidado informal, pacientes psiquiátricos, psicoeducación, intervención cognitivo conductual.*

2. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son padecimientos crónicos en los que tanto el paciente como su familia están involucrados y participan en el cuidado y evolución de la enfermedad (Caqueo-Urizar, Lemos, Lee, Ramírez, Miranda & Mascayano, 2014). Muchas personas con problemas psiquiátricos son en mayor o menor grado dependientes, pese a no tener una edad avanzada. Esta situación hace que surja la necesidad de que algunos de ellos reciban cuidados en el hogar (Pulido, 2010).

Cuidar a un paciente psiquiátrico en casa es una tarea que normalmente recae en un solo individuo al que se le denomina cuidador primario informal (CPI), y es la persona que guarda un vínculo afectivo y/o consanguíneo con el enfermo a su cargo y no tiene formación académica o formal previa para realizar funciones de cuidado; como la contención emocional, la vigilancia de síntomas y la adherencia terapéutica del paciente psiquiátrico (Ramos del Río, 2008). Ocasionalmente tiene también la responsabilidad económica y jurídica del mismo, y sus funciones como cuidador no son económicamente remuneradas.

Existen diversos estudios que han analizado el impacto de la situación de cuidado en la vida de los CPI. Algunos de ellos han comparado poblaciones de CPI con poblaciones de no cuidadores, y se tienen datos de que los primeros tienen mayores afecciones laborales (Cazenave, Ferrer, Castro & Cuevas, 2005), económicas (Roche-García, Hernández-Peña, Ruiz-Velasco, Ávila-Burgos, Marín Palomares & Lazcano-Ponce, 2003), inmunológicas (Von Känel, Dimsdale, Mill, Ancoli-Israel, Patterson, Mausbach & Grant, 2006) y psicológicas (Rascón, Caraveo & Valencia, 2010). Además, en general reportan una menor percepción de calidad de vida y bienestar subjetivo (Söresen, Pinguart & Duberstein, 2002).

Así, las circunstancias a las que se enfrenta el CPI al realizar su tarea lo colocan en una condición considerada como estresante, pues tanto el paciente como el cuidador deben afrontar diariamente nuevas demandas sociales, físicas y psicológicas (Feldberg, Tartaglino, Clemente, Petracca, Cáceres & Stefani, 2011).

Dada la importancia del problema, se han realizado distintas intervenciones psicológicas para reducir la intensidad, duración y efectos del estrés crónico derivado del CPI; y para modificar las variables psicológicas y de salud asociadas con el mismo. Sin embargo, la mayor parte de los datos que se tienen respecto a la efectividad de las intervenciones han sido obtenidos en poblaciones de CPI de pacientes con Alzheimer y otras demencias (Zarit & Femia, 2008).

Por otra parte, la psicología basada en la evidencia pretende legitimar tratamientos y teorías que presenten pruebas empíricas que respalden sus resultados. Actualmente los tratamientos psicológicos que cumplen los requisitos derivados de este sistema son admitidos como tratamientos de elección en la mayoría de servicios públicos y privados de salud (Morianana & Martínez, 2011).

El objetivo del presente trabajo fue determinar y comparar el efecto de dos intervenciones sobre algunas variables psicológicas asociada al estrés del cuidado como la sobrecarga percibida, el burnout, los síntomas asociados al estrés y las estrategias de afrontamiento en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos que reciben tratamiento ambulatorio y se encuentran en proceso de recuperación de enfermedades mentales como la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno bipolar y la depresión unipolar. Una de las intervenciones fue cognitivo conductual y otra psicoeducativa (utilizada como tratamiento habitual en los hospitales donde se obtuvo la muestra).

3. ENCUADRE EPISTEMOLÓGICO

La presente investigación encuentra fundamento epistemológico en las ideas de Karl Popper (1983). En primera instancia, este autor rechaza la propuesta de una totalidad posible de ser conocida. Afirma que si se quiere conocer alguna parte de la realidad, hay que seleccionar ciertos aspectos de ella (Osorio, 2012).

Una vez seleccionada la parte de la realidad que se quiere conocer, es necesario realizar una afirmación en forma de hipótesis sobre alguna característica de dicha fracción. Posteriormente se buscan propiedades esenciales del fenómeno estudiado siempre con la intención de falsar la hipótesis planteada; esto se logra mediante el pensamiento hipotético deductivo. De esta manera, solo las afirmaciones que logran no ser falsadas por los datos empíricos pueden mantener sus pretensiones de validez científica (Ramis, 2005).

En concordancia con las ideas antes expuestas, esta investigación concibe la posibilidad de aproximación a los efectos que tienen ciertas intervenciones educativas y psicoterapéuticas sobre una parte de la realidad psicológica de un grupo de personas dedicadas a cuidar en casa a pacientes psiquiátricos.

Para ello, se han propuesto en primer lugar un conjunto de hipótesis respecto a los efectos que cada intervención podría tener. Posteriormente, estas hipótesis o posibles soluciones al problema han sido puestas a prueba a través de la experimentación mediante un experimento en humanos en el que se compararon dos grupos de individuos, con características lo más homogéneas posibles, que recibieron tratamientos (intervención) diferentes, con el objeto de detectar si uno de los tratamientos o intervenciones es más o menos eficaz que el otro (Argimon & Jiménez, 2000).

De esta manera, no solo se han utilizado métodos basados en el paradigma cuantitativo, sino que se utilizó una metodología de investigación que permite el control del fenómeno estudiado con la intención de encontrar argumentos que refutaran las hipótesis inicialmente propuestas, llegando a conclusiones

provisionales que se encuentran a disposición de la sociedad científica; cuyos integrantes podrán someterlas a prueba y posiblemente refutarlas en vías de una mejor comprensión de los aspectos psicológicos de la población estudiada.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. LA ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA (EMC)

Según Rodríguez-González (2013), el término *Paciente o Enfermo Mental Crónico* es utilizado para definir a un extenso y difuso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental grave de larga duración. Las diferentes problemáticas de esta población y la heterogeneidad de criterios utilizados para su definición permiten encontrar bajo este mismo epígrafe una gama extensa y heterogénea de personas con características y necesidades muy diferentes.

La EMC conlleva limitaciones y afectaciones importantes en quien la padece en aspectos vitales tan importantes como el autocuidado, la autonomía personal, el control de la conducta, la capacidad de tener iniciativa y motivación, el funcionamiento social y laboral, acceso a los servicios de salud, el uso y disfrute del tiempo libre (IMSERSO, 2007). Esto hace que quien padece una EMC se vea en la necesidad de depender de los cuidados de alguien más para satisfacer sus necesidades económicas, psicológicas y de salud.

Así mismo, tanto el paciente con EMC como su familia enfrentan procesos de exclusión social difíciles de evitar, por considerarse al enfermo como impredecible y peligroso. Este tipo de padecimientos trae consigo frecuentes situaciones conflictivas en el seno familiar a lo largo de todo el padecimiento (pródromo, inicio, diagnóstico, tratamiento y procesos de recuperación), mismas que son normalmente enfrentadas principalmente por un familiar que protagoniza el papel de cuidador (IMSERSO, 2007).

Este estudio se llevó a cabo con población de cuidadores primarios informales (CPI) de pacientes con EMC específicas: esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar y depresión. Así, para comprender el tipo de situaciones y sintomatología a las que se enfrentan este tipo de cuidadores se describen a continuación cada uno de estos padecimientos, no sin antes aclarar

que su duración e intensidad varía en cada paciente y a lo largo de la historia natural de cada trastorno.

Trastorno Límite de la personalidad

El manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (2013) lo define como: un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, así como impulsividad intensa que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos. Mosquera y González (2011) puntualizan que es un trastorno que se caracteriza por problemas intensos y persistentes en las relaciones interpersonales, los comportamientos impulsivos, las conductas autolesivas, el temor a la soledad, alteraciones de identidad y la sensación de vacío; todos estos factores se interrelacionan y retroalimentan entre sí.

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (2000), el TLP afecta alrededor del 2% de la población general, a un 10% de los individuos que acuden a centros de salud mental ambulatorios y un 20 % de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Además, los estudios de Molina, Rubio, Pérez & Carrasco (2004) encontraron que entre un 30% y 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen TLP y en cuanto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1 en mundo. En México se desconoce la prevalencia actual de este padecimiento en la población general.

En relación a la etiología, Linehan (1993) propone un modelo biosocial en el que considera al TLP una disfunción del sistema de regulación emocional fruto de una interacción entre irregularidades biológicas y un ambiente invalidante. Se considera que el único tratamiento psicológico probablemente eficaz para este tipo de padecimientos es la Terapia Dialéctica Conductual (Quiroga & Erasti, 2001). Los tratamientos farmacológicos con antidepresivos y antipsicóticos son útiles

pero limitados y otorgan al paciente únicamente alivio sintomático parcial (Mazaira, 2004).

Los familiares de una persona con TLP a menudo se perciben desconcertados con sus comportamientos caóticos y podrían sentirse atrapados en un círculo de culpa, depresión, furia, negación, aislamiento y confusión (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta a muchos de los procesos normales del pensamiento y provoca en el afectado una forma de pensar, sentir y actuar muy peculiar. La memoria, la capacidad de atención y la capacidad de planificar y ejecutar acciones se ven seriamente alteradas y también afecta el habla, la organización del pensamiento y la forma de percibir e interpretar lo que sucede (Aznar & Berlanga, 2010). Además, suele implicar un grave distanciamiento de la realidad y afectar gravemente a casi todas las áreas y funciones del paciente; su inicio es al final de la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Existen diferentes teorías explicativas de su etiología, pero aún se desconocen las causas directas del padecimiento (Godoy, Godoy-Izquierdo & Vázquez; 2011). Los síntomas de la enfermedad son los siguientes (DSM-V, 2013):

- Síntomas Positivos: alucinaciones, delirios, lenguaje, comportamiento y pensamiento desorganizados.
- Síntomas Negativos: pobreza afectiva, abulia o apatía, anhedonia, aislamiento social y alogia.

Quintero, Barbudo, López & López (2011) confirmaron que la esquizofrenia es una enfermedad crónica del cuerpo y de la mente que afecta al 1% de la población mundial y que además, la persona con esquizofrenia debe ser entendida, por lo menos, con dos perspectivas: una, la que contempla su

integración en la comunidad social; otra, la que entiende que hay un paciente con un problema de salud tratable con medicamentos (antipsicóticos) y con psicoterapias. En este sentido, la Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia (TPIE) ha probado científicamente ser efectiva para tratar los déficits cognitivos, conductuales y sociales que de la esquizofrenia (Roder, Mueller, Mueser & Brenner; 2006).

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que no solo tiene un impacto significativo en el paciente, sino también en la familia, cuyos integrantes asumen casi la totalidad de los cuidados de los pacientes. Esta responsabilidad expone a los cuidadores a una intensa sobrecarga con consecuencias negativas para ellos y el resto del sistema familiar (Caqueo-Urizar, Miranda-Castillo, Lemos, Lee, Ramírez & Mascayano; 2014).

Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo cuya causa es debatida entre teorías biológicas y psicológicas y se caracteriza por una gran tristeza o desinterés generalizado por casi todo lo que rodea al sujeto, junto a un descenso en la actividad física y fisiológica de quien la padece que se manifiesta en alteraciones del apetito, la libido y el sueño; incluso se sabe que depresiones graves pueden conducir al suicidio (Carrobles, 2011).

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003) en México alrededor del 6.4% de la población general la padece y constituye una de las primeras causas de discapacidad. Además se estima que solo el 19% de los afectados tiene acceso a atención especializada. En cuanto a la manifestación y vulnerabilidad de la depresión por género, la Secretaría de Salud (2007) encontró que la depresión es la principal causa de daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte en mujeres, en las que alcanza proporciones de más del doble respecto de la población masculina.

En relación al tratamiento de esta afección, Heinze-Martín y Camacho-Segura (2010) sugieren que dependiendo de la gravedad de cada caso se debe considerar el uso de fármacos antidepresivos y tratamientos psicosociales como la psicoeducación, la elaboración de redes de apoyo y el tratamiento psicoterapéutico. Existe evidencia de que la terapia de conducta, la terapia cognitiva de Beck y la psicoterapia interpersonal de Klerman han mostrado como mínimo una eficacia similar a la de los mejores tratamientos farmacológicos en la reducción de síntomas depresivos (Pérez-Álvarez & García-Montes, 2001).

En relación al entorno de quien padece esta afección, Silva, Hoga y Stefanelli (2004) afirman que con el diagnóstico de depresión en un miembro de la familia se comienza una nueva etapa en la vida de todos los integrantes, que incluye el cuestionamiento del porqué de la depresión en la familia, y la percepción de las consecuencias de la enfermedad en el grupo familiar, relativos a interferencia de los síntomas depresivos en las funciones y rutinas.

Trastorno maniaco-depresivo

También llamado trastorno bipolar, es un problema psiquiátrico caracterizado por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. Es una enfermedad crónica y recurrente del estado de ánimo, que generalmente limita la funcionalidad del paciente, y en todo caso requiere un abordaje integral farmacológico y psicosocial (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

La tasa de prevalencia en México es del 0.8% de la población general, y su frecuencia se distribuye igual en hombres y mujeres (Kohn, Itzhak, Caldas de Almeida, Vicente, Andrade, Caraveo-Anduaga, Saxena & Saraceno; 2005). Se desconoce su origen y las principales líneas de tratamiento farmacológico son

los estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos y antidepresivos. Los tratamientos que han proporcionado mejores resultados son los psicosociales que utilizan la psicoeducación y la terapia cognitiva de Beck (Sevillá & Pastor, 2011).

El paciente con trastorno bipolar exige significativa dedicación, tolerancia y respeto, lo que implica que el cuidador principal de éste, (que es un familiar hasta en el 80% de los casos), se encuentre en una situación estresante que podría generarle afecciones psicológicas como la depresión (Palacios-Espinoza & Jiménez-Solanilla; 2008).

4.2. EL CUIDADO INFORMAL A LA SALUD

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), quienes padecen una EMC están en condición de dependencia. Esto es, en ausencia o restricción de la capacidad de realizar alguna actividad (asumida socialmente como cotidiana) de la forma o dentro del margen considerado normal. Por tanto un paciente con EMC requerirá de la asistencia de un cuidador para satisfacer sus necesidades diarias (Ramos del Río, 2008).

Los encargados de asistir a sujetos con EMC pueden ser: cuidadores *formales*, que son profesionales de la salud como médicos y enfermeras, entrenados en labores de cuidado; e *informales*, quienes siguen las instrucciones de los formales y carecen de formación técnica para dicha labor, misma que realizan normalmente en el hogar (Ortiz, 2010).

Los cuidadores son también clasificados dependiendo de las razones por las que realizan la tarea de cuidar. Si lo hacen como parte de la relación afectiva o consanguínea con el enfermo se denominan *primarios* y si lo realizan con el fin de obtener remuneración económica y carecen de vínculos personales con el paciente se denominan *secundarios* (Ortiz, 2010).

Este estudio se centra en el cuidador primario informal (CPI), definido como: “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta” (OMS, 1999).

El CPI constituye un elemento de suma importancia en el proceso de la enfermedad mental crónica pues brinda los apoyos emocionales e instrumentales al paciente. Esta situación conlleva a condiciones de responsabilidad de la salud del enfermo en conjunto con las atenciones del sistema formal de salud. Independientemente de las características particulares de cada sujeto con EMC, los CPI realizan diferentes tipos de actividades (Ramos del Río, 2008):

- Cuidados sanitarios. Que suponen una atención directa al aspecto físico del enfermo, y consiste en tareas como vestirlo, bañarlo, darle de comer, asearlo, asistir y vigilar el control de esfínteres.
- Cuidado instrumental. Se refiere a las ayudas que proporciona el cuidador a la persona dependiente para que esta última se relacione con su ambiente, tales como: cocinar, controlar medicamentos, administrar bienes, uso de electrodomésticos, entre otros.
- Acompañamiento y vigilancia. Se trata de los apoyos que da el cuidador al enfermo en el momento de salir de casa, como llevarlo al médico, a estudios de laboratorio, reuniones.
- Apoyo emocional y social. Incluye la escucha, la comprensión, el afecto, la tolerancia y las demostraciones de acompañamiento emocional que proporciona el cuidador al enfermo.

Las actividades del CPI suponen ahorro económico para el gasto público, ya que reducen o evitan la utilización de los sistemas formales de salud para la

atención de algunos padecimientos (Bergero, Gómez, Herrera y Mayoral, 2000). Aun así, los límites del cuidado son difíciles de definir con precisión en términos de qué se hace, a quién, dónde, y durante cuánto tiempo, lo cual dificulta dimensionar las magnitudes del cuidado y su coste en términos económicos, psicológicos y de salud (Durán, 2002).

Además, quienes cuidan a estos pacientes en el hogar, no siempre tienen la oportunidad de gozar de reconocimiento, beneficios, apoyos técnicos o retribuciones equivalentes por parte de la sociedad, y en muchos casos de la propia familia; dejando así de lado sus propias necesidades de realización personal, desarrollo económico y salud, lo cual, termina por poner en situación de riesgo psicosocial a esta población, que depositan sus vidas en un quehacer que se muestra social y moralmente deseable (Ramos del Río, 2008).

En recientes estudios en México, se encontró que entre el 85 y 90 % de CPI de pacientes dependientes eran mujeres (Sobrino & Ortiz-Viveros, 2009; Rojas & Ortiz-Viveros, 2009). Además, según la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (2009) realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), las edades de estas mujeres oscila entre 30 y 59 años y dedican en promedio 33 horas a la semana al apoyo y cuidado a personas dependientes. Este tiempo se sitúa por arriba del esparcimiento e incluso que el apoyo y cuidado de niños y otros miembros del mismo hogar.

Otra característica común, es que se trata principalmente de parientes directos del paciente (cónyuges, hermanas, hijas, madres, etc.) y dedican la mayor parte de su tiempo a cuidar al paciente e incluso han debido abandonar o reducir el tiempo dedicado a su trabajo u otras actividades personales, para dedicarse al cuidado del paciente (Ortiz-Viveros, 2010). Este estilo de vida, en la que se privilegia el tiempo dedicado al familiar dependiente, impacta muchos aspectos de la vida del cuidador.

4.3. CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN EL CPI

Existen múltiples consecuencias negativas físicas, emocionales y sociales asociadas al cuidado, mismas que son percibidas por el propio cuidador y también por los profesionales de la salud. En este sentido, el tema del bienestar del CPI se considera de suma importancia, pues se presume que gran parte de la recuperación del paciente cuidado, depende del desempeño de aquél (Navarro, 2010).

Al respecto existen múltiples estudios en distintas poblaciones de CPI. Los datos respecto a las consecuencias en la salud física de esta actividad señalan que las afecciones más frecuentes son: cefaleas recurrentes, dolores osteoarticulares, trastornos del sueño, alteración de la función inmunitaria, ingesta de fármacos (antiarrítmicos, ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos), aumento de riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, hipertensión, estado de hipercoagulación y un riesgo elevado de mortalidad, sobre todo en esposas que fungen como cuidadoras de adultos mayores (Cazenave, Ferrer, Castro & Cuevas, 2005; Roche García, Hernández-Peña, Ruíz-Velazco, Ávila Burgos, Marín-Palomares & Lazcano Ponce, 2003; Rascón, Caraveo & Valencia, 2010; Von Känel, Dimsdale, Mills, Ancoli-Israel, Patterson & Mausbach, 2006).

Por otra parte, se encuentra ampliamente documentado que en el ámbito social, el CPI, por falta de tiempo, se aleja de las relaciones interpersonales que sostenía previas al desempeño de su papel; generándose así aislamiento y ausencia de redes de apoyo. La pérdida de libertad y privacidad son también consecuencias del cuidado, a esto se le suma la no remuneración por la labor informal y por ende, en numerosas ocasiones, la necesidad de buscar un empleo que permita obtener los recursos necesarios para satisfacer necesidades económicas que crecen a consecuencia de la enfermedad del ser querido o familiar a quien se cuida (Navarro, 2010).

Un estudio realizado por Ergh-Tanya , Rapport, Coleman y Robin (2002), encontró que el apoyo social muestra una relación directa con el funcionamiento

de la familia y con el bienestar psicológico del cuidador de pacientes con problemas graves de salud, incidiendo positivamente en la calidad de vida. Esto confirma que, bajo las condiciones de aislamiento social que en ocasiones vive el cuidador, se ve privado de los factores protectores a la salud física y mental que brinda el soporte social.

Otra esfera que se ve afectada durante la labor de cuidar a un enfermo, es la económica, independientemente de que el paciente sea derechohabiente o no de alguna institución de seguridad social (Roche García, Hernández-Peña, Ruíz-Velazco, Ávila, Marín-Palomares & Lazcano; 2003). Ser derechohabiente de la seguridad social reduce los gastos de bolsillo por atención directa de los pacientes, pero no reduce los gastos complementarios que pueden resultar onerosos para una elevada proporción de hogares, lo cual en múltiples ocasiones implica el consumo de los ahorros, el endeudamiento o la venta de propiedades de los hogares, y hasta la dificultad en la continuidad del tratamiento del paciente.

Lo anterior, produce un fuerte impacto en los aspectos psicológicos del cuidador. Así, para Sánchez (2001), la experiencia de ser cuidador modifica la vida de las personas de manera importante. Esta experiencia va más allá de tener una tarea o responsabilidad por otra persona. Genera una forma de vida y relación diferente consigo misma, con la persona cuidada y con el mundo.

En correspondencia con este hecho, Fernández de Larrinoa (2011) encontró que la percepción general de salud de las personas cuidadoras es peor que la de la población general; esta percepción es especialmente acusada en lo que se refiere al componente de salud mental. Dicha afección en la esfera psicológica del cuidador podría traducirse en negligencia y maltrato hacia el enfermo (Paz-Rodríguez & Sánchez; 2011).

Las manifestaciones de malestar subjetivo, están altamente relacionadas con la manera en la que el CPI hace frente a su labor durante el diagnóstico y el proceso de la EMC del paciente a cargo. Algunos presentan reacciones desadaptativas que pueden agravar el problema y afectar el curso de la

enfermedad, y desde luego, afectar también su propia esfera psicológica (De la Huerta, Corona & Méndez; 2006).

Un estudio de metaanálisis realizado con 84 estudios diferentes en los que se comparaba a cuidadores y no cuidadores en diferentes variables relacionadas con la salud física y psicológica demuestra como los cuidadores están más estresados, deprimidos y tienen peores niveles de bienestar subjetivo, salud física y auto-eficacia que los no cuidadores (Pinquart & Söresen, 2006).

Entre las afecciones psicológicas más desarrolladas en población de cuidadores informales se encuentran la depresión, la ansiedad, la sobrecarga percibida y el síndrome de burnout (Lara, González & Blanco 2008); fenómenos psicológicos que se derivan, en su mayoría, del estrés crónico sostenido durante las labores de cuidado.

4.4. LA SOBRECARGA PERCIBIDA

Como se ha mencionado, llevar a cabo tareas de cuidado puede influir en la percepción subjetiva y objetiva del cuidador respecto a las repercusiones que dicho papel le ha traído a su vida. Para caracterizar las frecuentes tensiones y demandas sobre los cuidadores se utiliza el concepto sobrecarga (Zarit, 2002).

Martínez, Robles y Ramos (2008) definen la sobrecarga como “el estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, las restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar un enfermo crónico o con discapacidad”. Se hace también una clasificación entre sobrecarga objetiva y subjetiva; la primera consiste en la sensación física de agotamiento debido a la exigencia de las tareas realizadas y el aislamiento social, así como los factores económicos (Zarit, 1990). La sobrecarga subjetiva o percibida del cuidador consiste en todos aquellos sentimientos y emociones derivados de su quehacer, donde de un lado se ubica el cansancio físico en sí mismo y por el otro la demanda emocional del enfermo, su situación de salud y necesidad de apoyo del mismo (Zarit, 1990).

Según Zarit (2002) este término no puede ser resumido en un único concepto, sino que tiene que ser entendido dentro de un proceso multidimensional en el que se incluyan variables contextuales del cuidado y necesidades específicas del receptor del cuidado. Al respecto, la sobrecarga percibida ha sido estudiada principalmente en población de cuidadores de enfermos con Alzheimer, demencias, dolor crónico y algunos otros padecimientos que pudieran ocasionar dependencia (Ortiz 2010).

En dichos estudios, el instrumento más utilizado para medir la sobrecarga ha sido la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit y Zarit (1983), que valora la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de pacientes con demencia e indaga sobre los efectos negativos que el cuidar tiene sobre la salud física, psicológica, social y económica del cuidador.

En población de CPI de pacientes con EMC, se sabe que más del 50% de ellos presentan sobrecarga percibida intensa (Flores, Rivas & Seguel, 2012; Oshodi, Adeyemi, Aina, Suleiman, Erinfolami & Umeh, 2012).

Para el tratamiento de la sobrecarga en dicha población, se han implementado distintas intervenciones, muchas de ellas de orden psicosocial tales como grupos de educación e información, grupos de apoyo emocional y autoayuda, grupos de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales y tratamiento como asesoría familiar o terapia psicológica individual (Espín, 2009). Se ha encontrado que especialmente las intervenciones psicoterapéuticas de tipo cognitivo conductual en poblaciones de CPI reducen la sobrecarga percibida en cuidadores de pacientes con cáncer (Montero-Pardo, Jurado-Cárdenas, Robles-García, Aguilar-Villalobos, Figueroa-López & Méndez-Venegas, 2012) y demencias (Sörensen & Pinquart, 2000).

4.5. ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN EL CPI

En la sección anterior, se han descrito parcialmente algunas repercusiones biopsicosociales negativas que vive el CPI al estar a cargo de un enfermo

dependiente. Una variable considerada fundamental en la comprensión de dichas repercusiones es el estrés (Deví y Ruiz, 2002).

El estrés ha sido estudiado desde tres distintos enfoques. En primer lugar, ha sido concebido como una respuesta fisiológica caracterizada por una elevada reactividad del organismo (Selye, 1935). Por otra parte, se ha considerado como un fenómeno ambiental derivado de estímulos bien identificados como podrían ser el ruido y el calor (Caballo & Simón; 2000). Y por último, se ha definido como un proceso de transacción en el que no son los estímulos en sí mismos los que provocarían una respuesta automática en el organismo, más bien se trata del resultado de una interacción entre los eventos del ambiente y los factores cognitivos y conductuales del individuo (Lazarus & Folkman, 1984).

A efectos de la presente investigación, se tomará como base teórica esta última postura. Desde este enfoque se asume que ante un determinado estímulo percibido como demandante por parte del individuo, en primer lugar se ponen en marcha una serie de valoraciones que determinan si dicho estímulo conlleva una amenaza, es irrelevante o resulta benigno para su bienestar, esta valoración es conocida como evaluación primaria. Posteriormente, si la respuesta implica una amenaza, el individuo valora los recursos de los que dispone para afrontar esa demanda, es decir, realiza una evaluación secundaria.

Tras una valoración cognitiva del evento y de los propios recursos para enfrentarlo, la persona podría concluir que no puede hacer frente de manera efectiva a las demandas ambientales y, en consecuencia, experimentaría estrés, es decir, experimentaría un importante aumento de la activación fisiológica y cognitiva que le prepararía para una intensa actividad motora (Lazarus & Folkman, 1986).

Según este modelo, lo verdaderamente importante del proceso se fundamenta en los factores subjetivos que intervienen en la experiencia del cuidado y de sus interrelaciones, principalmente en las evaluaciones que realiza el

cuidador con respecto a las demandas percibidas del cuidado, además de la capacidad de afrontamiento del individuo ante las mismas (Ruiz-Rebolledo & Moya-Albiol; 2012).

En este sentido, el afrontamiento ha sido definido por Lazarus y Folkman (1984) como “*los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*”. Los componentes del modelo transaccional del estrés se representan en la figura 1.

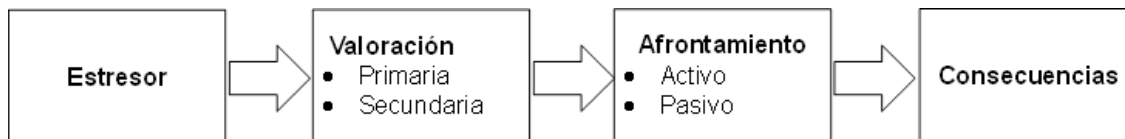


Figura 1. Modelo Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman (1991).

Fuente: Elaboración Propia.

Por otra parte, según Brannon y Feist (2000) el afrontamiento tiene una serie de características:

1. Se trata de un proceso dinámico que cambia conforme los esfuerzos propios son valorados con mayor o menor éxito.
2. El afrontamiento no es automático, es un patrón de respuesta aprendido a circunstancias estresantes.
3. El afrontamiento requiere esfuerzo puesto que una persona no siempre es consciente de su respuesta de afrontamiento y los resultados obtenidos de éste.
4. El afrontamiento es un esfuerzo orientado al manejo de la circunstancia.

Según Deví y Ruiz (2002), existen distintas clasificaciones de los modos de afrontamiento en el cuidado avaladas por múltiples investigaciones en el mundo, la mayoría de las categorías se basan en:

1. Resolver problemas, que significa encontrar maneras para manejar los síntomas del paciente y,
2. Modificar los significados, que consiste en redefinir el estrés como factor de crecimiento personal o enfocando la situación de otra manera.

Los modos de afrontamiento propuestos por Lazarus y Folkman (1991) son: el afrontamiento dirigido a la acción, que son todas aquellas actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema; y el afrontamiento dirigido a la emoción, que implica las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar.

Lazarus y Folkman (1991), señalan que las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Bajo este marco teórico se han desarrollado diferentes instrumentos para evaluar los modos o estilos de afrontamiento, el primero de ellos es la Escala de Modos de Afrontamiento (EMA), de Lazarus y Folkman (1991). Por otra parte, son escasos los instrumentos elaborados o adaptados al español para evaluar estrategias de afrontamiento, algunos de los más conocidos son los siguientes: la Escala de Modos de Afrontamiento (Ibáñez y Olmedo, 2003; Sotelo & Maupome, 1999), el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Actuales (Pelechano, 1992), el Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes (Rodríguez, Terol, López & Pastor, 1992), la adaptación del Inventario Multidimensional de Afrontamiento (Crespo & Cruzado, 1997), el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Cano, Rodríguez & García, 2007), la Escala de

Afrontamiento frente a Riesgos Extremos (López & Marván, 2004) y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Canesa, 2002).

Hay una variedad incalculable de formas de afrontar las demandas del cuidado dependiendo de las exigencias específicas de cada situación, sin embargo, los modos de afrontamiento que parecen amortiguar de manera más efectiva las consecuencias negativas del estrés en el CPI son los de tipo activo o centrados en el problema (Coletto y Camara, 2009; Gerson, Wong, Davidson, Malaspina, McGlashan & Corcoran, 2011; Papastavrou, Tsangari, Karayiannis, Papacostas, Efstathiou & Sourtzi, 2011; Van Andel, Westerhuis, Zijlmans, Fischer & Leijten, 2011).

4.6. EL SINDROME DE BURNOUT

Cuidar a un enfermo psiquiátrico es una actividad que generalmente aparece de manera imprevista en la vida del CPI e implica múltiples procesos de adaptación psicológica, social, física y económica. Es una labor para la cual el cuidador no está preparado y la asume normalmente de forma obligada, lo que podría asociarse con el Síndrome de Burnout (Hernández-Zamora & Ehrenzweig-Sánchez, 2008).

De acuerdo a Ríos (2009), a pesar de los esfuerzos por llegar al consenso en la comunidad científica para conceptualizar el burnout, sigue existiendo ambigüedad y confusión a la hora de tratarlo como objeto de conocimiento, no obstante, se considera que es un síndrome que se genera por estrés laboral crónico.

Los primeros estudios y definiciones al respecto surgen con Freudenberg (1974), psiquiatra que hizo alusión a un patrón de comportamiento y afecto homogéneo por el cual las personas que se dedican a funciones asistenciales y de atención directa con la gente, se vuelven menos sensibles, poco comprensivos, agresivos, distantes y cínicos en su trato con sus clientes o pacientes, todo esto, como consecuencia de su trabajo diario.

En 1981, Maslach y Jackson consideraron al burnout como un síndrome tridimensional derivado de un estrés crónico y cuyos rasgos más sobresalientes son el cansancio físico-psicológico junto con la sensación de no poder dar más de sí mismo (agotamiento emocional), una actitud fría y despersonalización en relación con los demás (despersonalización), y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se realizan, junto a una percepción de desvalorización de los éxitos personales y profesionales (ausencia de realización personal).

A pesar de las distintas formas de abordar el estudio este síndrome, se encuentran claras consecuencias en la salud física y psicológica de quienes lo presentan, relacionadas en su mayoría con enfermedades asociadas al estrés (Benavides, Moreno-Jiménez, Garrosa & González, 2002).

Este síndrome se ha estudiado en distintas poblaciones, utilizando con frecuencia el Inventario de Burnout de Maslach (IBM) como instrumento de medida, que en su versión original se encargaba de medir las dimensiones: agotamiento emocional, baja realización personal y despersonalización en cuidadores de la salud.

Derivado de dicho inventario se han hecho distintas adaptaciones para medir el constructo en otras poblaciones como profesores, deportistas, psicólogos y amas de casa (Ortiz, 2010), pues se considera que es un problema que podría recaer en cualquier individuo que se encuentra sometido a sobrecarga de estrés por periodos prolongadas, independientemente de que su labor esté o no institucionalizada o remunerada.

Se sabe que en CPI de pacientes con EMC, al menos un 20% de ellos manifiestan altos índices de Síndrome de Burnout (De Valle-Alonso, Hernández-López, Zúñiga-Vargas, & Martínez-Aguilera; 2015)

En dos estudios de metaanálisis se encuentran datos importantes en relación a estrategias de intervención para reducir o prevenir el síndrome de Burnout. Gil-Monte y Peiró (1997) agrupan las estrategias para la prevención y tratamiento del

síndrome en individuales, grupales y organizacionales. Álvarez y Fernández (1991) los clasifican en: trabajos para la prevención primaria, que incluyen propuestas que han demostrado experimentalmente efectos sobre el retardo en la aparición del síndrome; y prevención secundaria, que agrupa distintas técnicas de intervención. Ambos estudios coinciden en que las formas más eficaces de prevenir y tratar el síndrome se basa normalmente en las intervenciones dirigidas al desarrollo de modos de afrontamiento activo. Estas intervenciones, están basadas principalmente en el modelo de la terapia cognitivo conductual, cuyos mecanismos de acción serán descritos más adelante.

4.7. LA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA AL ESTRÉS

La presencia continua de estresores durante las labores de cuidado informal podría desencadenar no sólo afecciones de índole psicoemocional como el Burnout, sino también de índole físico. (Marín y Neipp, 2008). Diversos autores afirman que las principales afecciones y síntomas relacionados con el estrés podrían ordenarse en tres diferentes rubros: enfermedades y patologías orgánicas, alteraciones psicológicas y problemas asociados a comportamientos problemáticos en el ámbito social o familiar (Egozcue, 2005; Peiró & Salvador, 1993).

Específicamente, se sabe que el estrés percibido se asocia directamente con la presencia de manifestaciones somáticas tales como dolor de estómago, espalda, brazos, piernas, cabeza o pecho, vértigos, falta de aire, estreñimiento e indigestión (González-Ramírez & Landero-Hernández, 2008). Otra afección relacionada con el estrés del CPI es la sintomatología ansiosa depresiva (Alfaro-Ramírez del Castillo, Morales-Vigil, Vázquez-Pineda, Sánchez-Román, Ramos-del Río & Guevara-López, 2008; Méndez, Giraldo, Aguirre-Acevedo & Lopera 2010).

Además, en la investigación biomédica se ha encontrado que el estrés impide el correcto funcionamiento del sistema inmunológico y hace que la persona sea más vulnerable ante las enfermedades, aunque gran parte de dicha evidencia

proviene de los estudios con animales (Serrano, 2006). En humanos, se sabe que factores psicosociales con características como el duelo, el divorcio, la depresión y el estrés académico se acompañan de alteraciones en la reactividad inmune (Kemeny & Gruenewald, 2000).

Por otra parte, se sabe que la presencia de afecciones normalmente asociadas al estrés, son más frecuentes en poblaciones de CPI que en la población de no cuidadores (Seguí, Ortíz-Tallo & De Diego, 2008).

Para el estudio de las manifestaciones asociadas al estrés existen diversas herramientas de medición. Una de las más utilizadas es el Inventario de Síntomas Asociados al Estrés de Benevides, Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2002), que permite medir síntomas en tres dimensiones: biológicos, psicológicos y sociales.

En términos de tratamientos psicológicos para la reducción del estrés, se tiene que la Terapia Cognitivo Conductual ha tenido efectos importantes en la reducción de dicha variable en CPI (Gallagher-Thompson & Coon, 2007). Los principales hallazgos se centran en las intervenciones psicoterapéuticas y educativas que reducen SAE, sin embargo en estos estudios se han utilizado principalmente mediciones de estrés percibido y síntomas ansioso depresivos (Vázquez, Hermida, Díaz, Torres, Otero & Blanco, 2014). Así, se tiene que la mayoría de los estudios respecto a la eficacia de las intervenciones para reducir SAE en CPI se centran normalmente en medidas de auto reporte psicológico y no en el reporte de sintomatología psicosomática, social e inmunológica asociada al mismo.

4.8. INTERVENCIONES EN CPI

Con el objetivo de reducir las distintas repercusiones que el cuidado informal trae a quien lo desempeña, se han establecido distintas modalidades de apoyo a esta población. Principalmente se han llevado a cabo acciones para atender a CPI de pacientes con demencias (Vázquez, Hermida, Díaz, Torres, Otero, & Blanco, 2014).

En este sentido, existe una clasificación de los recursos existentes para cuidadores informales propuesto por Losada, Montorio, Moreno-Rodríguez, Cigarán y Peñacoba (2006), misma que se muestra en la Tabla 1. El estudio de la efectividad de los programas psicosociales de atención al cuidador ha tenido especial atención por parte de la comunidad científica, lo cual se ha visto reflejado en un aumento de la eficacia de las múltiples intervenciones desde los años setenta a la fecha (Losada, Montorio, Moreno-Rodríguez, Cigarán y Peñacoba, 2006).

Probablemente este cambio positivo se debe al creciente desarrollo y sistematización de los distintos protocolos de intervención y de sus cada vez más afinadas formas de evaluación de los efectos además de la creciente atención a los procesos de entrenamiento y práctica supervisada de terapeutas (Losada, Montorio, Moreno-Rodríguez, Cigarán y Peñacoba, 2006; Nezu & Nezu, 2007).

En un intento por establecer con claridad la eficacia diferencial de los diferentes enfoques de intervención en CPI de pacientes con demencia, Söresen, Pinquart y Duberstein (2002) realizaron un metaanálisis cuyos resultados son concluyentes en relación a la mayor o menor eficacia sobre algunas variables psicológicas. Dichos resultados se muestran en la tabla 2

Así, se considera que las estrategias de tipo psicoeducativo y psicoterapéutico son las más eficaces para la reducción de malestar psicológico en población de CPI, aunque con efectos pequeños y moderados (Söresen, Pinquart & Duberstein, 2002) .

Entre las intervenciones psicoterapéuticas que se incluyeron en este metaanálisis, se encuentran programas de orientación cognitivo conductual que incluyen entrenamiento conductual, reestructuración cognitiva, manejo de problemas, respiración muscular progresiva profunda y auto instrucciones; la mayoría se llevan a cabo en modalidad grupal con una duración promedio de entre 8 y 10 sesiones.

Tabla 1. Tipos de apoyo a CPI de pacientes con demencia		
Tipo	Descripción	Ejemplos
Intervenciones de respiro	Proporciona a los cuidadores un tiempo libre en el que no tienen por qué atender al familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de ayuda a domicilio. • Centro de día • Estancia temporal en residencia. • Residencias nocturnas.
Intervenciones ambientales	Proporcionan un entorno estructurado en el que los síntomas psicológicos y conductuales del enfermo se atenúan, y una mayor sensación de control al cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones ambientales, eliminación de barreras. • Intervención domiciliaria.
Grupos de apoyo mutuo o autoayuda	Un grupo de cuidadores, bien organizado por un profesional, bien por otros cuidadores, comparte experiencias o consejos. Las sesiones no están estructuradas.	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos organizados por las asociaciones familiares.
Intervenciones Educativas	Se ofrece información a los cuidadores por parte de profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Charlas en centros de servicios sociales o de salud.
Intervenciones psicoeducativas	Los cuidadores participan en un grupo de intervención dirigido por un profesional, previamente estructurado en el que reciben información sobre estrategias para mejorar para el manejo de situaciones críticas.	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones psicoeducativas grupales e individuales. • Intervenciones mixtas.
Intervenciones basadas en las nuevas tecnologías	Los cuidadores reciben atención o formación a través de nuevas tecnologías.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento por computadora. • Ayuda telefónica.
Programas multimodales	Reciben más de un tipo de apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de día + ayuda a domicilio + psicoeducación
Miscelánea	Reciben información sobre múltiples cuestiones o se les entrena en habilidades durante un intervalo de tiempo corto.	<ul style="list-style-type: none"> • Programas educativos que contienen multitud de contenidos o programas psicoeducativos.
Otros tipos de ayuda	Otras opciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda económica. • Legislación.

Basado en Losada, Montorio, Moreno-Rodríguez, Cigarán y Peñacoba (2006)

Tabla 2. Eficacia diferencial de diferentes enfoques de intervención con cuidadores					
Intervenciones	Indicadores de Efectividad				
	Carga	Depresión	Bienestar	Conocimientos	Síntomas del familiar
Psicoeducativas	*	*	*	*	*
Psicoterapia	*	*	*	*	*
Apoyo	*			*	
Respiro	*	*	*		
Entrenamiento familiar			*		*
Multicomponente	*		*	*	
Miscelánea					

Basado en Söresen, Pinquart y Duberstein (2002); * Intervención Efectiva

Existen varios metaanálisis con resultados similares a los anteriores (Acton & Kang, 2001; Brodaty, Green, & Koschera, 2003; Olazarán, Reisberg, Clare, Cruz, Peña-Casanova, Del Ser, Woods, Beck, Auer, Lai, Spector, Fazio, Bond, Kivipelto, Brodaty, Rojo, Collins, Teri, Mittelman, Orrell, Feldman & Muñoz, 2010; Pinquart & Sörsen, 2006; Zarit & Femia, 2008); en los que se encuentra que la psicoeducación y la psicoterapia tienen mayores efectos que las intervenciones de otro tipo en la reducción de distintos malestares en CPI de pacientes con demencias. En esta misma línea, una revisión sistemática realizada por Carrasco, Ballesteros-Rodríguez, Domínguez-Panchón, Muñoz-Hermoso & González-Fraile (2014) reportan resultados muy similares, aunque reconocen la necesidad de profundizar en el desarrollo de herramientas de intervención válidas y de estudios que ayuden a determinar de manera más precisa la eficacia de este tipo de intervenciones, así como los factores moduladores de la respuesta.

En contraste, un reciente estudio de metaanálisis revela que sigue existiendo vaguedad en los resultados sobre la eficacia de las diferentes intervenciones psicológicas y educativas sobre variables físicas y de salud en CPI de este tipo de pacientes (Goy & Kansagara, 2010). En este estudio se propone

que futuras investigaciones deberán estudiar la efectividad de dichas intervenciones en función de las necesidades contextuales de los cuidadores.

Aun cuando no se han encontrado meta análisis en relación a la efectividad de intervenciones en CPI de pacientes con patologías psiquiátricas distintas a la demencia, existen estudios de los efectos de la psicoeducación sobre variables psicológicas de cuidadores de pacientes con esquizofrenia (Sharif, Shaygan & Mani, 2012; Kauffman, Scogin, MacNeil, Leeper, & Wimberly, 2010) y trastornos de personalidad (Martínez-González, Albein-Urío, Munera & Verdejo-García, 2012). Estos estudios encontraron resultados contradictorios sobre la efectividad de esta intervención en dicha población.

Por otra parte, no se encontraron investigaciones que midieran el efecto de intervenciones psicoterapéuticas en CPI de pacientes con diferentes EMC. Un inconveniente que se observa en los distintos estudios en esta línea de investigación es la preferencia de los investigadores por realizar trabajos dirigidos a cuidadores de personas que padecen enfermedades de alta prevalencia como son las demencias, fundamentalmente enfermedad de Alzheimer (Vázquez, Hermida, Díaz, Torres, Otero & Blanco, 2014).

Esta situación implica la no atención de cuidadores de pacientes con enfermedades menos prevalentes, pero que también sufren consecuencias asociadas al cuidado informal.

4.9. LA PSICOEDUCACION (PE)

Como se ha mencionado, la PE forma parte de los tratamientos considerados como efectivos en la reducción de malestares en CPI. Esta estrategia de intervención surge en la década de los sesenta con la necesidad de brindar apoyo a familiares de esquizofrénicos (Fallon & Pederson, 1992).

Para Díaz, González, y Varela (2001), la PE es una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Otra definición, propuesta por Anderson, Douglas y Hogarty (1998)

considera a la PE un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema

Según Falloon, McGill, Boyd, y Pederson (1987), la PE toma como base los problemas de la familia relacionados con la aparición de la patología psiquiátrica en un integrante, a saber:

- 1) Falta de comprensión sobre la compleja naturaleza de la EMC y sus limitaciones sociales.
- 2) Falta de habilidades para manejar en forma efectiva con los síntomas agudos y crónicos de la EMC.
- 3) Dificultad para expresar sentimientos, negativos y positivos, por el paciente.
- 4) Dificultad para reducir tensión en la familia mediante un método efectivo para resolver problemas.
- 5) Tendencia a sentirse estigmatizados y a limitar los contactos sociales fuera del círculo familiar.

La psicoeducación es por tanto, una estrategia de intervención que tiene como objetivo atender debidamente estas cuestiones, y gira en torno a los siguientes componentes básicos: naturaleza, etiología, curso, consecuencias eventuales del trastorno mental, posibilidades terapéuticas y resultados esperables (Martínez-González, Albein-Urios, Munera & Verdejo-García, 2012). Sus objetivos son minimizar la discapacidad y maximizar el funcionamiento; ofrecer un contexto para resolver problemas donde la familia aprenda a aplicar el conocimiento y proporcionar apoyo continuado a sus miembros (Hoffman y Fruzzetti, 2007).

La psicoeducación reconoce la importancia de la información científica sobre la EMC en CPI de pacientes con diversas patologías psiquiátricas, ya que este hecho influye positivamente en los procesos de recuperación del paciente (Martínez-González, Albein-Urios, Munera & Verdejo-García, 2012), porque amplía repertorios cognitivos y conductuales que permiten la mejor adaptación del CPI al proceso de la EMC. En este sentido, se vuelve necesaria la inserción de la PE de la familia en los protocolos de tratamiento psiquiátrico. Todos los grupos psicoeducativos tienen principios similares e intentan la prevención de recaídas disminuyendo en el paciente y su familia el estrés y la ansiedad a través del apoyo y la información (García-Cabeza, 2008).

4.10. LA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL (ICC)

Esta modalidad de tratamiento psicológico se basa en los principios teóricos del condicionamiento clásico y operante, así como en la influencia que tienen el aprendizaje social y el procesamiento de la información en las emociones y los comportamientos problemáticos del individuo (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Su objetivo principal es considerar la función del pensamiento en la etiología y conservación de los patrones de conducta y respuesta emocional que contribuyen a los problemas de un sujeto; para que a través de técnicas racionales, emotivas y conductuales se puedan modificar dichos comportamientos problemáticos (Trull & Phares, 2003).

Según Leahy (2003), un terapeuta cognitivo conductual ayuda al paciente a reconocer sus pensamientos y emociones distorsionadas, entrenándole para que los modifique mediante las evidencias y la lógica (técnicas cognitivas), y adicionalmente le instruye y acompaña en la reingeniería de su comportamiento con técnicas conductistas.

La evidencia de la efectividad de este tipo de intervenciones ha sido mostrada en un amplio espectro de escenarios y problemas psicoemocionales.

De hecho, según Vera-Villaroel (2004) muy pocas intervenciones demuestran efectividad terapéutica como las terapias cognitivo conductuales, que se ubican en general por encima de las intervenciones basadas en otros modelos.

Particularmente, en esta investigación se utilizó una intervención cognitivo conductual basada en técnicas de distintos modelos terapéuticos que a continuación se describen:

Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC)

Es una terapia cognitivo conductual basada en la idea de que las emociones y conductas provienen de las creencias de un individuo, de su apreciación de la realidad. Su objetivo principal es ayudar al paciente a que identifique el papel que tienen ciertos pensamientos y creencias irracionales y disfuncionales en su malestar emocional y problemas conductuales (Lega, 1998).

Para lograr este objetivo, Ellis (1984) se valió inicialmente del método ABC para la comprensión de la conducta, donde A representa los acontecimientos o experiencias activadoras que bloquean al individuo en el logro de sus metas. La C, se refiere a la manera neurótica de reaccionar, sana o destructiva, ante esos acontecimientos, como por ejemplo, con ansiedad, depresión, cólera o autocompasión, quejas, consumo de alcohol o evitación del conflicto. La B, representa a las creencias que la gente tiene sobre A, racionales (si/también, sí/pero) o irracionales (creencias absolutistas e imperativas del tipo *debería de, tendría que, tengo que*), que determinan la forma de reaccionar ante C, y que incluyen ideas, imágenes, actitudes, símbolos y otras cogniciones conscientes o inconscientes. Señala una importante interacción entre A y B para generar C (Ellis, 1984).

La intervención terapéutica en este modelo se considera directiva y su componente principal se halla en el cuestionamiento, a través de la discusión y el

debate, de las creencias irracionales que podrían estar condicionando el malestar subjetivo del individuo (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Terapia de Solución de Problemas

Se trata de una intervención de tipo cognitivo conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir de esta manera identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

En este enfoque, Nezu y Nezu (2008) definen la solución de problemas como un proceso metacognitivo a través del cual los individuos comprenden la naturaleza de sus problemas, encuentran una solución eficaz y la ponen en práctica. Así mismo, los autores señalan que las soluciones eficaces comprenden respuestas de afrontamiento que además de cambiar la naturaleza de las situaciones problemáticas, presentes o anticipadas y las reacciones problemáticas, maximiza las consecuencias positivas y minimiza las consecuencias negativas.

D´Zurrilla y Nezu (2010) también han puntualizado que la destreza en la solución de problemas intra e interpersonales es un aspecto determinante de las reacciones emocionales y del ajuste psicológico general del individuo. Dicha destreza depende de la interacción entre los cinco procesos que caracterizan la solución de problemas (D´Zurilla & Nezu, 2007):

- A. El primero, es un proceso motivacional de orientación general, el cual implica la respuesta cognitiva-afectiva y conductual inmediata ante una situación problemática, donde se involucran aspectos de atención, creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas sobre los problemas de la vida y la capacidad para solucionarlos.

- B. El segundo proceso, la definición y formulación del problema en términos conductuales, implica el análisis de la interacción entre las situaciones que contribuyeron a la aparición y mantenimiento de la situación problemática, cuya resolución para lograr un funcionamiento adaptativo se puede ver obstaculizada por barreras como la ambigüedad, incertidumbre, demandas en conflicto, falta de recursos o la novedad.

- C. El tercer proceso, supone la generación del mayor número posible de conductas alternativas de solución e involucra la capacidad creativa e imaginativa del individuo, así como la supresión de su actitud crítica y autocrítica a fin de permitir la generación de alternativas y su análisis posterior. Sigue los principios de cantidad, aplazamiento del juicio y variedad.

- D. El cuarto proceso, de toma de decisiones, supone la exploración de los resultados asociados a cada conducta generada y la selección de aquélla considerada como más útil con base en sus consecuencias, así como el manejo de la incertidumbre que las acompaña.

- E. El quinto proceso, la puesta en práctica y evaluación de la solución elegida, supone la verificación de la eficacia de la alternativa ejecutada; basándose en los resultados reales y medibles obtenidos, y su aplicación en situaciones similares en las que se pretende mejorar la actuación.

Entrenamiento en Relajación Autógena

Es una técnica terapéutica diseñada por Schultz (1932) que consiste en un procedimiento que tiene la finalidad de relajar al individuo mediante el uso de la

sugestión, gira en torno a dos niveles de desarrollo de habilidades llamados grados:

- Grado inferior, que consiste en el entrenamiento para fijar la mente en fórmulas cortas y repetitivas al mismo tiempo que se centra la atención en determinadas partes del cuerpo imaginando sensaciones de pesadez, frío y calor focalizadas. La duración recomendada de estas sesiones es de 3 a 5 minutos.
- Grado superior, utiliza los efectos de la sugestión para imaginar posibles soluciones o disminución de malestares en el sujeto a través de imágenes que él mismo relacione con estados de relajación o creatividad. Su duración es indeterminada.

El entrenamiento comienza con la experiencia que brinda el grado inferior para posteriormente centrarse en el superior.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1. Planteamiento del problema

¿Cuál es la efectividad de una Intervención Cognitivo Conductual y una de tipo Psicoeducativo; y cuál de ellas es la más eficaz en la reducción de los índices de Sobrecarga Percibida, Síndrome de Burnout y Sintomatología Asociada al Estrés así como en el aumento de Modos de Afrontamiento Activos y Pasivos en cuidadores primarios informales (CPI) de pacientes psiquiátricos que se encuentran recibiendo tratamiento ambulatorio?

5.2. Justificación

Según la OMS (2004) los integrantes de familias con un miembro que padece algún trastorno mental sufren estigma, discriminación social y poco reconocimiento de la carga que conlleva esta situación por parte de los sistemas de salud, esta condición afecta a una de cada cuatro familias y resulta además un tema de creciente interés, ya que para el año 2020 las enfermedades mentales serán la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

Los cuidados que se brindan a pacientes psiquiátricos en el medio familiar son asumidos principalmente por un solo individuo que dedica gran parte de su tiempo a asistirlo: el cuidador primario informal (CPI). La Organización Panamericana de la Salud (2001), estimó que cada persona con Enfermedad Mental Crónica (EMC) tiene aproximadamente 2.5 CPI a lo largo de su vida. En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2009) calculó que un CPI dedica alrededor de 33 horas a la semana a las tareas de asistencia al familiar enfermo, lo que se asocia a múltiples problemas de salud para aquel.

Este tipo de cuidadores desarrollan mayores afecciones psicológicas, físicas y sociales en comparación con la población de no cuidadores (Cazenave, Ferrer, Castro & Cuevas, 2005; Roche García, Hernández-Peña, Ruíz-Velazco, Ávila Burgos, Marín-Palomares & Lazcano Ponce, 2003; Rascón, Caraveo & Valencia, 2010; Von Känel, Dimsdale, Mills, Ancoli-Israel, Patterson & Mausbach, 2006).

Estudios encuentran que más del 50% de los CPI de pacientes psiquiátricos presenta una sobrecarga percibida intensa (Flores, Rivas & Seguel, 2012), al menos un 20% de ellos manifiestan altos índices de síndrome de burnout (De Valle-Alonso, Hernández-López, Zúñiga-Vargas, & Martínez-Aguilera; 2015) y los síntomas asociados al estrés son alrededor del 50% más frecuentes en esta población que en la general (Seguí, Ortíz-Tallo & De Diego, 2008).

Para reducir las repercusiones negativas en la salud del CPI de pacientes psiquiátricos, se han realizado diferentes intervenciones educativas y psicológicas, pero el estudio de su efectividad es escaso y las investigaciones al respecto presentan muy variadas limitaciones metodológicas y teóricas (Losada, Montorio, Cerato, Fernández & Márquez; 2005) y se han llevado a cabo principalmente en cuidadores de pacientes con demencias, en cuyo caso la psicoeducación y las intervenciones con enfoque cognitivo conductual tienen un efecto mediano en la reducción de afecciones físicas y psicológicas (Pinquart & Söresen, 2006).

Ruíz-Robledillo y Moya-Albiol (2012) comentan la importancia de que el efecto de las intervenciones dirigidas a CPI sea estudiado de acuerdo con las condiciones concretas que padece el paciente receptor del cuidado. En este sentido, se desconoce la efectividad de intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas en CPI de pacientes psiquiátricos con afecciones mentales distintas a la demencia. Esto justifica la presente investigación, misma que tuvo el objetivo de conocer y comparar el tamaño del efecto que tienen una intervención cognitivo conductual y otra de tipo psicoeducativo para la modificación de diferentes variables psicológicas en cuidadores de pacientes psiquiátricos ambulatorios con esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, y trastornos del estado de ánimo.

Se espera que los resultados obtenidos en este estudio contribuyan a mejorar las prácticas dirigidas a atender la salud de los cuidadores informales de pacientes psiquiátricos mexicanos con intervenciones basadas en evidencia.

6. OBJETIVOS

6.1. *Objetivos*

- General

Identificar la intervención más eficaz entre una de tipo cognitivo conductual y una psicoeducativa en la reducción de los índices de síndrome de burnout, sobrecarga percibida, sintomatología asociada al estrés y el desarrollo de modos de afrontamiento; en cuidadores primarios informales (CPI) de pacientes psiquiátricos en tratamiento ambulatorio.

- Específicos

1. Conocer los modos de afrontamiento, niveles de sobrecarga percibida, síndrome de burnout y sintomatología asociada al estrés en dos grupos de CPI: uno que recibió psicoeducación y otro que recibió una intervención cognitivo conductual.
2. Determinar y comparar (de ser posible) la efectividad de una intervención cognitivo conductual y una psicoeducativa en la modificación de las variables mencionadas.

6.2. *Hipótesis*

La intervención cognitivo conductual es más eficaz para aumentar el afrontamiento activo y pasivo, reducir la sobrecarga, el burnout y la sintomatología asociada al estrés, comparada con la psicoeducación, en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos.

7. METODOLOGÍA

7.1. Diseño del estudio

Estudio exploratorio, bicéntrico, con asignación aleatoria a ciego simple de dos grupos en el que se comparan dos intervenciones: psicoeducación e intervención cognitivo conductual.

7.2. Participantes

Una muestra por conveniencia de setenta y un cuidadores primarios informales de pacientes psiquiátricos que asistieron a dos instituciones de alta especialidad en la Ciudad de México: el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, entre los meses de septiembre de 2013 y febrero de 2014.

Los **criterios de inclusión** al estudio fueron: ser mayor de edad, ser el responsable del paciente ante el hospital y considerarse a sí mismo el cuidador principal, no recibir remuneración económica por su actividad de cuidar, y vivir en el mismo domicilio del receptor del cuidado, además de firmar el consentimiento informado.

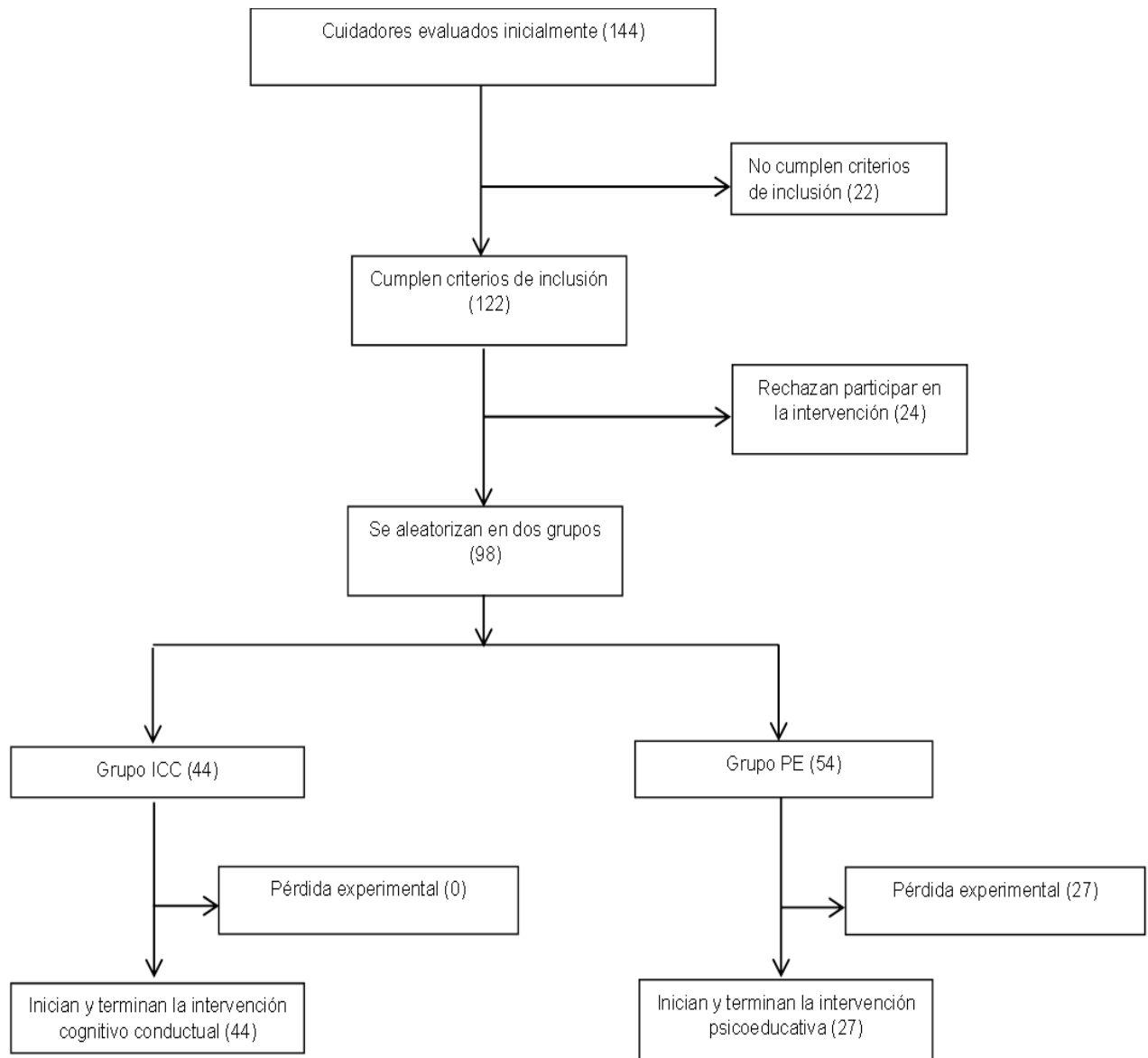
El **criterio de exclusión** fue padecer algún trastorno mental grave diagnosticado previamente e informado por el propio CPI.

El **criterio de eliminación** fue no completar la totalidad de los cuestionarios post intervención y/o asistir a menos del 75% de las sesiones del tratamiento asignado. La figura 2 muestra el proceso de evaluación y pérdida de sujetos durante el estudio.

Conviene señalar que en un inicio la razón de asignación era de 1:1, sin embargo por razones institucionales el acceso a la muestra finalizó antes de que se

completara un número equivalente en ambos grupos de estudio, por lo que la muestra quedó como se expone en la figura 2.

Figura 2. Diagrama de flujo del número de participantes en el estudio



7.3. INSTRUMENTOS

Cuestionario de datos sociodemográficos del cuidador

Realizado por el investigador y que incluye datos sociodemográficos generales (edad, sexo, parentesco con el paciente, dependencia económica, etc.), preguntas relacionadas con características del cuidado (horas dedicadas al día, parentesco con el paciente y diagnóstico del mismo, tiempo de ser cuidador principal) y del estado de salud del CPI (enfermedades diagnosticadas y en tratamiento).

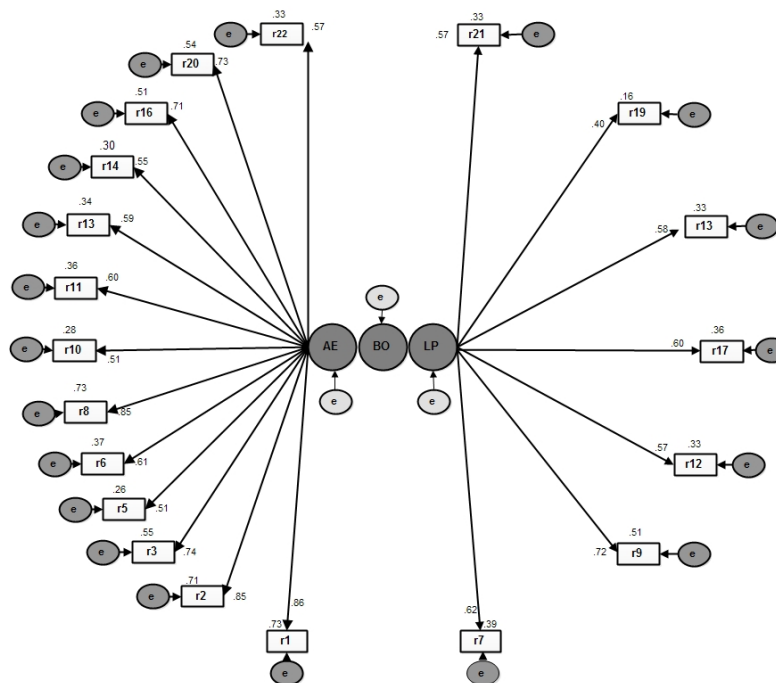
A continuación se describen los instrumentos empleados, así como su adaptación y validación específica para esta población.

Inventario de Burnout de Maslach (IBM)

Esta escala consta de 22 reactivos que miden el grado de burnout experimentado por el individuo (Maslach & Jackson, 1996). Consta de tres subescalas sumativas con reactivos tipo Likert que exploran el grado de baja realización personal en el trabajo (8 reactivos que miden la tendencia a evaluarse negativamente, especialmente con respecto a la habilidad personal para realizar el trabajo), agotamiento emocional (9 reactivos que miden los sentimientos asociados con el hecho de no poder dar más de sí mismo en los ámbitos social y afectivo) y despersonalización (5 reactivos que evalúan el desarrollo de sentimientos y actitudes negativas, particularmente cinismo, hacia las personas destinatarias del trabajo (Benavides, Moreno-Jiménez, Garrosa, & González; 2002). El análisis factorial realizado para la población mostró que la técnica resultaba adecuada para la muestra utilizada (índice de Kaiser-Meyer-Olkin = 0.812; Prueba de Esfericidad de Bartlett, $p < 0.0001$). La condición de no normalidad de los datos hizo necesaria la utilización del método de mínimos cuadrados no ponderados para la extracción de factores. La eliminación de

reactivos con carga ambigua (menor a 0.35 en cualquier factor) y con comunalidad inferior a 0.3 llevó a obtener 2 factores que explicaban el 35.1% de la varianza común (libre de los errores de medición propios de la varianza total). El primer factor de 13 reactivos explicó por sí solo el 24% de la varianza común y constó de todos los reactivos de la subescalas de agotamiento emocional y de 4 de la escala de despersonalización (uno de los reactivos de esa escala tuvo que ser eliminado porque su carga factorial en todas las configuraciones que se exploraron fue inferior a 0.35). Este factor tuvo una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.886, y un segundo factor que constó de 7 de los 9 reactivos de la escala de baja realización personal en el trabajo, con un alfa de Cronbach de 0.746. La escala total tuvo una adecuada confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0.845. A pesar del pequeño tamaño de la muestra, el análisis factorial confirmatorio mostró por lo menos un índice de ajuste en valores adecuados (RMSEA) y otro (GFI) tendiente a criterios de aceptabilidad (GFI=0.833; CFI= 0.627; RMSEA: 0.04).

Figura 3. Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Burnout de Maslach



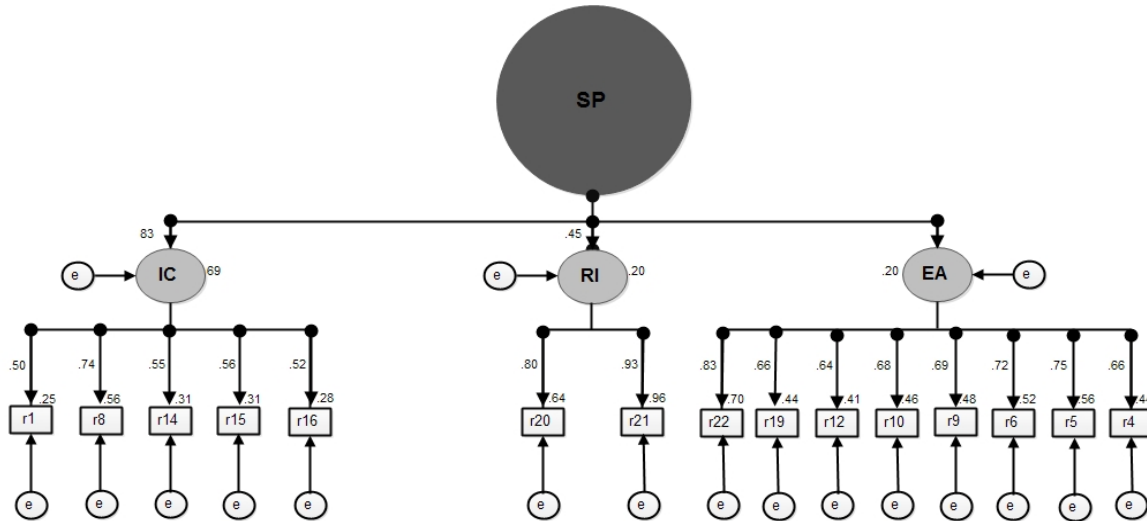
AE: Agotamiento Emocional
 LP: Logro Personal
 BO: Burnout

Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ)

En su versión española (Montorio, Fernández, López & Sánchez,1998), esta escala consta de 22 reactivos tipo Likert que miden la sobrecarga percibida por el cuidador como producto de las acciones de cuidado. El individuo debe responder a las afirmaciones de acuerdo con la frecuencia con la que las experimenta. Las dimensiones de las que consta son tres: impacto del cuidado (12 reactivos), carga interpersonal (6 reactivos) y expectativas de autoeficacia (4 reactivos).

El análisis factorial resultó pertinente para los datos obtenidos (índice de Kaiser-Meyer-Olkin = 0.821); Prueba de Esfericidad de Bartlett, $p < 0.0001$). El método de extracción utilizado fue el de mínimos cuadrados no ponderados con rotación varimax, debido a la falta de normalidad multivariante de los datos. Después de eliminar 6 reactivos por presentar carga factorial ambigua o comunalidad inadecuada, el análisis mostró la presencia de 3 factores que explicaron el 43.1% de la varianza común, libre de errores de medición. El primer factor constó de 8 reactivos que explicaron el 20.7% de la varianza común y tuvo un (alfa de Cronbach = 0.86); el segundo tuvo 5 reactivos (alfa de Cronbach = 0.69) y el tercero solamente 2 (alfa de Cronbach = 0.847). La estructura factorial encontrada difiere significativamente de la que reportan Montorio et al. (1998), pues solamente el último factor corresponde estrictamente a reactivos de la escala que estos autores propusieron como expectativas de autoeficacia. Para obtener indicios sobre la estabilidad de esta solución, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio con la estructura encontrada en el análisis exploratorio, y comparándola con otras dos: una en la que se proponían factores independientes, y la reportada por Montorio et al. (1998). La única estructura que mostró índices de ajuste tendientes a la aceptabilidad fue la que aquí se reporta (GFI = 0.87; CFI = 0.64; RMSEA = 0.53), que además tiene una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.89.

Figura 4. Análisis Factorial Confirmatorio de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit



IC: Impacto del Cuidado
 RI: Relaciones Interpersonales
 EA: Expectativas de Autoeficacia
 SP: Sobrecarga Percibida

Escala de Afrontamiento Frente a Riesgos Extremos (EAFRE)

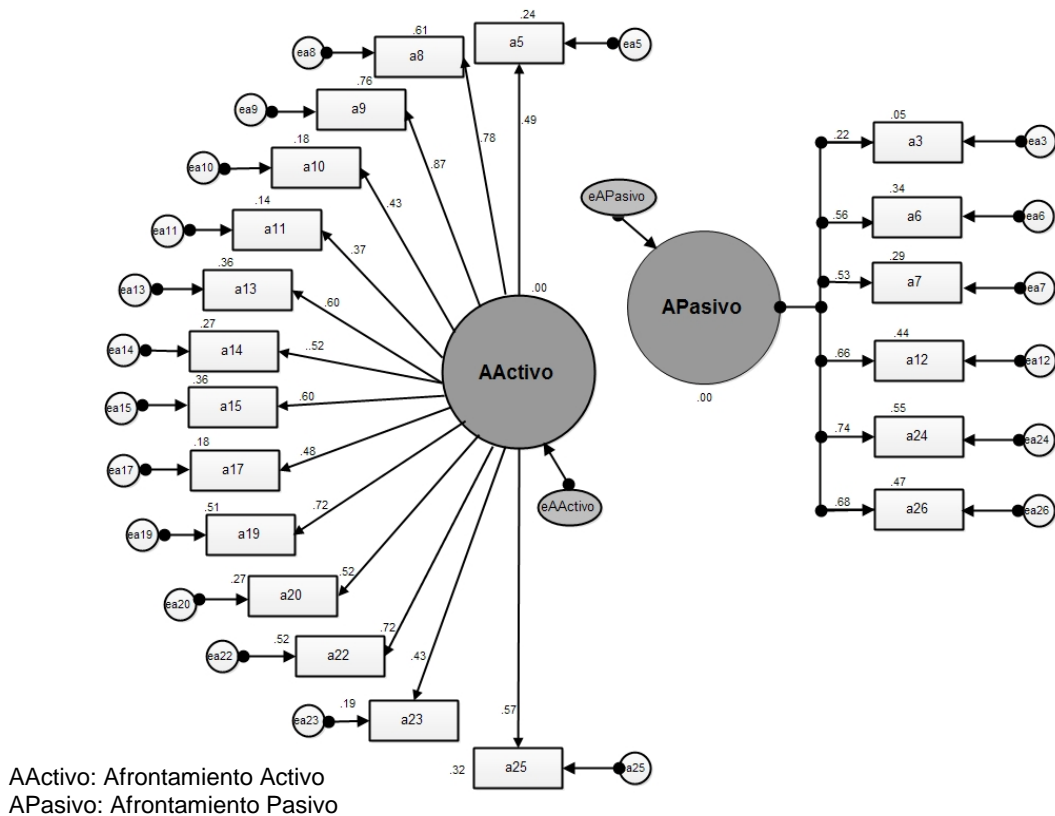
Mide los estilos de afrontamiento de los individuos ante riesgos naturales e industriales que pueden tener consecuencias potencialmente catastróficas. La escala consta de dos dimensiones que separan las estrategias de afrontamiento de los individuos en dos grandes categorías: afrontamiento activo (con búsqueda de estrategias para hacer frente a las situaciones y lidiar con sus consecuencias), y afrontamiento pasivo (consistente en estrategias de negación, rechazo y aceptación pasiva de los riesgos involucrados) (López & Marván, 2004). Para esta investigación. La escala se modificó con ayuda de una de las investigadoras que realizaron la escala en español (Dra. Ma. Luisa Marván Garduño), tanto en la

redacción como en la adaptación a situaciones propias de la relación de cuidado informal.

El análisis factorial confirmatorio fue adecuado para los datos obtenidos (índice de Kaiser-Meyer-Olkin = 0.730); prueba de esfericidad de Bartlett, $p=0$. Se utilizó el método de mínimos cuadrados no ponderados con rotación varimax. Se obtuvieron los dos factores que en inicio propusieron López y Marván (2004): Afrontamiento Activo y Afrontamiento Pasivo, con el mismo número de reactivos.

El alpha de Cronbach de la escala general fue de 0.743 y la varianza común explicada es del 30%. En el análisis factorial confirmatorio se obtuvieron los siguientes índices de ajuste: GFI = 0.824; CFI = 0.567; RMSEA = 0.046. También en este caso, debido al tamaño de la muestra, RMSEA es adecuado, GFI tiende a la aceptabilidad y CFI es inadecuado (Hu & Bentler, 1999).

Figura 5. Análisis Factorial Confirmatorio de la EAFRE

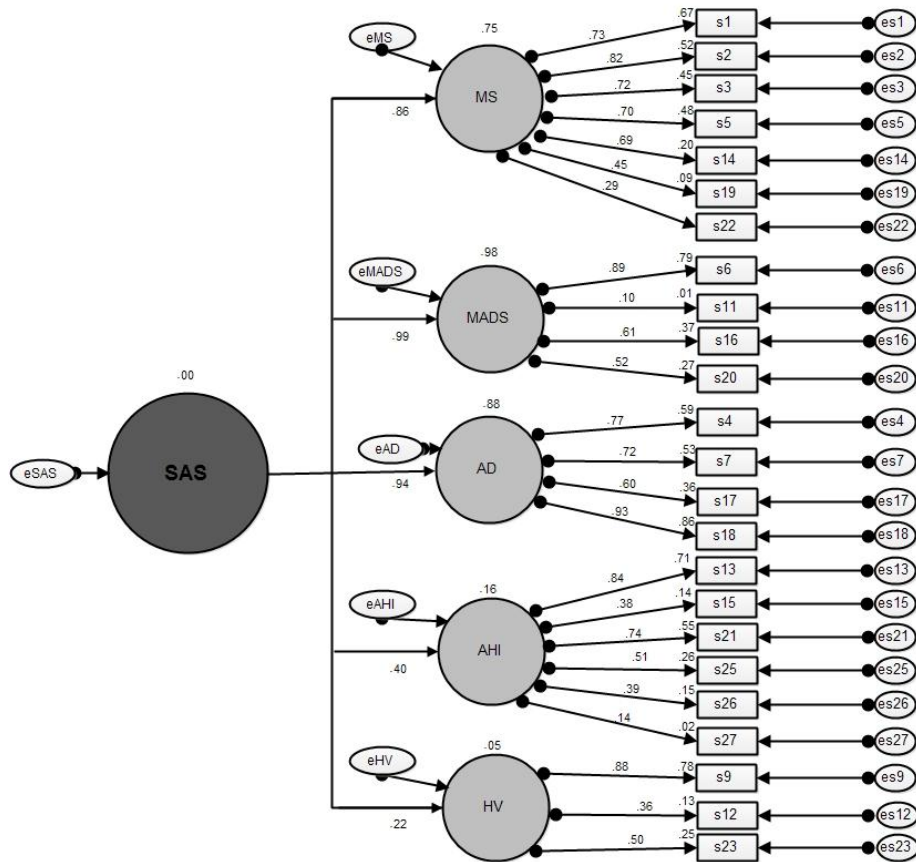


El Inventario de Síntomas Asociados al Estrés (ISAE)

Es un inventario creado por Benavides, Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2002) que consta de 27 reactivos en el que se enlistan una serie de síntomas asociados al estrés de los individuos en formato tipo Likert, en la cual los individuos deben responder sobre la frecuencia con que se le presentan los síntomas enlistados. Los autores encontraron que los síntomas se agruparon en 3 dimensiones: síntomas físicos (7 reactivos), síntomas psicológicos (12 reactivos) y síntomas sociales (8 reactivos). Entre los reactivos, los autores retuvieron dos que tenían carga ambigua.

En el análisis factorial que se realizó para los datos de nuestra muestra se encontró que la técnica era pertinente para el análisis (índice de Kaiser-Meyer-Olkin = 0.73; Prueba de Esfericidad de Bartlett, $p < 0.0001$), y debido a que no se satisfizo el requisito de normalidad multivariante se utilizó el método de mínimos cuadrados no ponderados con rotación varimax para extraer los factores. Tras eliminar los reactivos con carga factorial ambigua y baja comunalidad (véanse más arriba los valores establecidos), obtuvimos 25 reactivos agrupados en 5 factores que explicaban el 56.7% de la varianza común. Como los reactivos no correspondían en modo alguno a las dimensiones originales de la escala, se les asignaron nuevos nombres a las subescalas encontradas: manifestaciones somáticas (reactivos 1, 2, 3, 5, 14 y 19 confiabilidad por alfa de Cronbach (α) = 0.841), manifestaciones asociadas al desempeño social (reactivos 6, 11, 20, 28, 29, 30; confiabilidad por α = 0.795) manifestaciones asociadas a ansiedad y depresión (reactivos 4, 7, 17 y 18; confiabilidad por α = 0.779), alteraciones hormonales e inmunológicas (reactivos 13, 15, 21, 25, 26 y 27; confiabilidad por α = 0.715), e hiperactividad vegetativa (reactivos 9, 12 y 23; confiabilidad por α = 0.54). La confiabilidad total de la escala por alfa de Cronbach fue de 0.889. El análisis factorial confirmatorio arrojó 2 índices de ajuste óptimo y uno inadecuado: GFI = 0.725; CFI= 1 ; RMSEA= 0.

Figura 6. Análisis Factorial Confirmatorio del ISAE



MS: Manifestaciones Somáticas
MADS: Manifestaciones Asociadas al Desempeño Social.
AD: Ansiedad y Depresión
AHI: Alteraciones Hormonal Inmunológicas
HV: Hiperactividad Vegetativa
SAS: Sintomatología Asociada al Estrés

7.4. INTERVENCIONES.

Psicoeducación (PE)

Se trató de una intervención grupal cuyo objetivo fue informar a los CPI aspectos relacionados con la enfermedad mental y su curso, concientizar sobre la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente psiquiátrico en sus procesos de recuperación, y enseñar algunas alternativas de manejo de situaciones críticas. Cada sesión tenía una duración de 90 minutos y se llevó a cabo en aulas de los hospitales. Los responsables de llevar a cabo las sesiones fueron médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales. Las sesiones se impartieron una vez por semana y no hubo cupo mínimo ni máximo para los grupos que participaron en esta intervención. Esta modalidad de intervención es el tratamiento que habitualmente se brinda a los CPI en las dos instituciones. Los CPI que se incluyeron en el estudio recibieron el temario de la tabla 3.

Tabla 3. Temario de la Intervención Psicoeducativa

No. Sesión	Tema
1.	Presentación y encuadre <ul style="list-style-type: none">• Introducción a los grupos psicoeducativos.• Reglas de trabajo
2.	Salud y Enfermedad Mental <ul style="list-style-type: none">• Factores Predisponentes y Precipitantes (Prenatales, Neonatales, Postnatales).• La Familia y la Personalidad.• Las Pérdidas.
3.	Signos y Síntomas de las Enfermedades Mentales. <ul style="list-style-type: none">• Signo y Síntoma.• Alteraciones Afectivas.• Errores de Juicio.• Alteraciones Perceptivas y del Pensamiento.
4.	Esquizofrenia. <ul style="list-style-type: none">• Epidemiología.• Signos y Síntomas.• Tratamiento.
5.	Trastornos del Estado de Ánimo. <ul style="list-style-type: none">• Epidemiología.

	<ul style="list-style-type: none"> • Signos y Síntomas. • Tratamiento.
6.	Trastornos de Personalidad. <ul style="list-style-type: none"> • Epidemiología. • Signos y Síntomas. • Tratamiento.
7.	Psicofármacos y Apego al Tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> • Diferentes tipos de psicofármacos. • Apego Terapéutico (Ventajas y Desventajas).
8.	Signos de Alerta en Urgencia Psiquiátrica. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es una urgencia? • Identificación de signos y síntomas de urgencia. • Manejo deambulatorio. • Manejo intrahospitalario.

Intervención cognitivo conductual (ICC).

Fue una intervención grupal de ocho sesiones, una a la semana, con una duración de 120 minutos cada una. Los grupos eran conformados por alrededor de diez CPI. El objetivo de la ICC fue desarrollar modos de afrontamiento adaptativos ante el estrés derivado del cuidado de un paciente psiquiátrico. Fue diseñada con base en bibliografía, y pretende desarrollar modos de afrontamiento tanto centrados en la emoción como en el problema para disminuir el estrés asociado al cuidado. Las sesiones fueron impartidas por psicólogos especialistas en intervención cognitivo conductual y se conformaron con los contenidos señalados en la tabla 4.

Al inicio de cada sesión de la ICC se revisaron las tareas asignadas en las sesiones anteriores y todas las sesiones fueron concluidas con el entrenamiento en la relajación autógena.

Verificación de la integridad de los tratamientos.

Se realizó un manual del participante que tuvo la finalidad de guiar la Intervención Cognitivo Conductual (ANEXO D)

También, al final de cada sesión, en ambos grupos (control y experimental) se pidió a alguno de los participantes que completaran un formato para verificar la integridad del tratamiento. Se trató de una lista de cotejo del logro los objetivos planteados en cada sesión (ANEXO E).

Tabla 4. Temario de la intervención cognitivo conductual.

Sesión.	Tema.	Objetivo.	Técnica.	Bases teóricas de las técnicas utilizadas.
1.	Presentación.	Presentación del grupo, de las expectativas del participante y de las normas de trabajo.	Dinámica de integración grupal.	Hombrados 2010.
2.	Terapia ABC de Ellis.	Presentar el modelo ABC de la terapia racional emotiva.	Expositiva.	Ellis & Dryden, 1989.
3.	Terapia ABC de Ellis.	Identificación de distorsiones cognitivas asociadas al cuidado.	Debate filosófico y tareas para casa.	Ellis & Dryden, 1989.
4.	Terapia ABC de Ellis.	Modificación de las distorsiones cognitivas y sus consecuencias emotivas y conductuales.	Fantasía racional emotiva y tareas para casa.	Ellis & Dryden, 1989.
5.	Terapia de Solución de problemas.	Análisis de la orientación hacia el problema y definición del mismo.	Llenado de formato y tareas para casa.	D´Zurilla & Nezu, 1982.
6.	Terapia de Solución de problemas.	Generación de alternativas de solución, toma de decisiones y puesta en marcha de la solución.	Lluvia de ideas grupal.	D´Zurilla & Nezu, 1982.
7.	Terapia de Solución de problemas.	Verificación de la efectividad de la alternativa llevada a cabo para solucionar el problema.	Retroalimentación grupal.	D´Zurilla & Nezu, 1982.
8.	Conclusiones	Concluir el taller y	Evaluación del	Hombrados

y cierre.	revisar los objetivos alcanzados como grupo.	funcionamiento grupal.	2010.
-----------	--	------------------------	-------

7.5. PROCEDIMIENTO.

Al inicio del estudio se realizaron los procedimientos administrativos pertinentes para que la investigación fuera aprobada por los comités de Ética e Investigación de los hospitales donde se llevó a cabo: el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tras la aprobación de los mismos, se procedió a invitar a participar a los CPI cuando acudían en calidad de acompañantes de sus pacientes para que asistieran a una sesión informativa en la que se les comentó sobre los objetivos, riesgos y posibles beneficios del estudio, así como los aspectos éticos del mismo. Se les explicó que la intervención que resultara más efectiva sería impartida al grupo que hubiera recibido la que menos efecto tuviera.

Los cuidadores que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado (ANEXO A) en el que se indicó que su aceptación, rechazo o abandono del estudio sería de forma voluntaria sin que esto afectara en modo alguno la atención recibida.

Reclutados los participantes, se hizo aleatorización a ciego simple en la que se dividió a 98 participantes en dos grupos: 44 para el grupo experimental que recibieron la ICC y 54 para el grupo control, quienes recibieron la PE; dicha aleatorización se realizó por un asesor externo al equipo de trabajo que participaba en el estudio.

Una vez realizada la aleatorización se contactó a los cuidadores para que asistieran a las sesiones, mismas que se llevaron a cabo en las instalaciones de los hospitales en aulas acondicionadas para el trabajo grupal que contaban con

sillas cómodas, pizarrón, laptop, cañon y bocinas. La evaluación de las variables en estudio se realizó antes y después de las intervenciones.

8. ANÁLISIS DE DATOS.

Se describieron las características iniciales de los grupos utilizando media, desviación estándar y rango para variables continuas y frecuencias y porcentajes para las categóricas. Se realizaron correlaciones entre variables continuas en ambos grupos antes y después de la intervención utilizando la prueba de Pearson para variables con distribución normal y la de Spearman para las que no cumplieran esta condición.

Las comparaciones previas y posteriores a las intervenciones se realizaron con pruebas de Fischer o X^2 para variables categóricas, y pruebas U de Mann-Whitney o de Wilcoxon para variables continuas que no cumplieran el requisito de normalidad, o bien pruebas t de Student (en sus versiones pareada o independiente) para de distribución normal. La normalidad de las variables se determinó mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. También se realizó la prueba t de Student y el análisis de la varianza de una vía para las puntuaciones intragrupal de distintas variables categóricas antes y después de la intervención con la prueba pos hoc de Tukey-B cuando resultó necesario. Todos los datos se analizaron con el paquete estadístico IBMTM SPSSTM 19. En todos los casos el nivel alfa prefijado fue de 0.05%.

Adicionalmente se analizó la magnitud del efecto con la prueba *d* de Cohen. Su uso en contextos de investigación y aplicados proporciona un información complementaria bastante descriptiva, mejorando la interpretación de los resultados obtenidos con la significación estadística (Coe & Merino, 2003). El tamaño del efecto se calculó cruzando los datos intra e intergrupales con los puntajes pre y post tratamientos.

9. RESULTADOS.

Características generales de la población

Con la finalidad de establecer si ambos grupos tenían características comparables desde el inicio del estudio, se analizó si presentaban diferencias significativas en alguna de sus características generales. Los análisis mostraron solamente diferencias en las relaciones de parentesco con el paciente a cargo (prueba de X^2 , $p = 0.036$). Es de resaltar también que aunque no alcanza a ser estadísticamente significativa, hay una proporción mayor de pacientes esquizofrénicos en el grupo de terapia cognitivo conductual.

Por otra parte, la mayoría de los sujetos que participaron en el estudio fueron mujeres con niveles educativos medio y medio superior que además de ser cuidadoras y dedicar en promedio poco más de 7 horas diarias a esta labor, trabajaban y tenían a cargo la economía del hogar. Las características generales de los participantes de ambos grupos se describen en la tabla 5.

Correlación entre variables

Para poner en contexto el comportamiento de las variables dentro de cada grupo previo a las intervenciones se realizaron correlaciones entre ellas. En ambos grupos los modos de afrontamiento correlacionaron significativa y negativamente con algunos de los puntajes totales y subescalas de medición de la sobrecarga percibida, sintomatología asociada al estrés y síndrome de burnout. Esto es, a mayores puntuaciones en el afrontamiento, menores puntajes de variables asociadas al estrés derivado del cuidado. Estos resultados se muestran en las tablas 6 y 7. Por otra parte, en el grupo que recibió PE las mujeres reportaron mayores puntajes de ansiedad y depresión y síntomas asociados al estrés que los hombres, y en el grupo de la ICC los católicos mostraron menores índices de dichas variables.

Tabla 5. Características generales de los CPI que intervinieron en el estudio.

Variable	Grupo PE (n=27)	Grupo ICC (n=44)	P
Edad en años (media)	53.8 ± 12.1	53.8 ± 11.7	.123 ^a
Sexo			
Hombre	11	14	.445 ^c
Mujer	16	30	
Escolaridad			
Primaria	5	8	
Secundaria	6	14	
Técnica	4	2	.284 ^c
Media Superior	4	9	
Licenciatura	6	11	
Maestría	2	0	
Religión			
Católica	20	28	
Testigo de Jehová	1	5	.439 ^c
Otras	4	7	
No tiene	2	4	
Tipo de relación con el paciente a cargo			
Padre/Madre	18	34	
Hijo	4	3	.036 ^c
Amigo (a)	0	2	
Pareja	4	0	
Hermano (a)	1	5	
Diagnóstico del paciente a cargo			
Trastorno límite de la personalidad	14	11	
Esquizofrenia	12	30	.095 ^c
Depresión unipolar	1	1	
Trastorno bipolar	0	2	
Tiempo transcurrido en meses desde el inicio del padecimiento del paciente a cargo (media de rangos)	39.15	34.07	.313 ^b
Tiempo transcurrido en meses desde que inició sus labores como cuidador (media de rangos)	36.69	33.74	.237 ^b
Realización de actividades extras al cuidado			
No	1	2	
Trabajar	17	27	.996 ^c
Estudiar	1	3	
Otro	8	21	
Suspensión de actividades por cuidar al paciente			
No	10	17	
Trabajar	10	16	.413 ^c
Estudiar	3	1	
Otro	4	10	
Persona en quien recae la responsabilidad económica del hogar donde vive			
Yo (cuidador)	16	28	.350 ^c
Familiar	9	9	
Otro	2	7	
Horas diarias dedicadas al cuidado (media)	7.2 ± 3.2	7.3 ± 3.4	.510 ^a

^aPrueba T de Student

^bPrueba U. de Mann Whitney

^cPrueba Chi cuadrada

Tabla 6.

Correlaciones significativas en el grupo que recibió PE antes de la intervención

Escala	Correlación	Sentido
Burnout Total	Ansiedad y Depresión Manifestaciones Asociadas al Desempeño Social Sintomatología Asociada al Estrés	+
Sobrecarga Percibida Total	Agotamiento Emocional Burnout Total Afrontamiento Pasivo	+
Afrontamiento Activo	Logro personal, Relaciones interpersonales	-
Afrontamiento Pasivo	Sintomatología Hormonal Inmunológica	-
Sintomatología Hormonal Inmunológica	Afrontamiento Activo	+

Todas la correlaciones expresada son significativas al nivel 0,01 bilateral.

Tabla 7.

Correlaciones significativas en el grupo que recibió ICC antes de la intervención

Escala	Correlación	Sentido
Burnout Total	Sobrecarga Percibida Total	+
Afrontamiento Activo	Burnout Total, Logro Personal	-
Afrontamiento Pasivo	Burnout Total, Agotamiento Emocional, Relaciones Interpersonales	-
Sintomatología Asociada al Estrés	Sobrecarga Percibida, Burnout Total	+
Agotamiento Emocional	Sobrecarga Percibida, Sintomatología Asociada al Estrés	+

Todas la correlaciones expresada son significativas al nivel 0,01 bilateral.

Comparación de los efectos de la PE y la ICC

Al comparar los efectos de ambas intervenciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las variables de estudio.

Sin embargo, en relación al síndrome de burnout, la subescala de agotamiento emocional mostró al final de la intervención una mayor disminución en el grupo que recibió la PE en comparación con el que recibió la ICC. Además de al realizar el cálculo del tamaño del efecto, dicho cambio fue el que tuvo mayor fuerza como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8. Tamaño del efecto y diferencias de medias entre grupos en las puntuaciones del IBM antes y después de la intervención.

Sub escalas	Medición	ICC (N=44)		PE (N=27)		t	gl	p	d*
		M	DS	M	DS				
Puntaje Total	Base	37.13	20.00	33.85	19.40	-.67	69	NS	
	Post test	35.27	22.86	30.85	18.69	-.84	69	NS	0.2
Agotamiento Emocional	Base	26.54	18.20	23.00	16.91	-.81	69	NS	
	Post test	25.18	20.22	23.22	16.88	-.42	69	NS	0.1
Logro Personal	Base	10.59	6.49	10.85	9.07	.14	69	NS	
	Post test	10.09	5.35	7.62	5.60	-1.84	69	.06	0.5

*Los valores d indican el tamaño del efecto ($d \leq .15$, sin efecto; $d \geq .15$ y $\leq .40$, efecto pequeño; $d \geq .40$ y $\leq .75$ efecto mediano). NS= No Significativo.

En cuanto a la variable sobrecarga percibida no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el efecto de ambas intervenciones. No obstante al realizar el cálculo del tamaño del efecto se puede encontrar que el grupo que recibió la ICC tuvo mayores cambios principalmente en las expectativas de autoeficacia. Los resultados se muestran con detalle en la tabla 9.

Tabla 9. Tamaño del efecto y diferencias de medias entre grupos en las puntuaciones de la ECCZ antes y después de la intervención.

Sub escalas	Medición	ICC (N=44)		PE (N=27)		t	gl	p	d*
		M	DS	M	DS				
Puntaje Total	Base	23.27	8.68	20.92	9.38	-1.07	69	NS	
	Post test	19.25	10.02	20.25	8.36	.43	69	NS	0.1
Expectativas de autoeficacia	Base	5.29	2.17	5.55	2.27	.48	69	NS	
	Post test	4.72	2.06	5.33	1.75	1.27	69	NS	0.3
Impacto del cuidado	Base	9.81	4.03	8.40	4.29	-1.39	69	NS	
	Post test	8.04	4.16	8.51	4.23	.46	69	NS	0.1
Relaciones Interpersonales	Base	8.15	5.59	6.96	5.57	-.87	69	NS	
	Post test	6.47	6.03	6.40	4.77	-.05	69	NS	0

*Los valores d indican el tamaño del efecto ($d \leq .15$, sin efecto; $d \geq .15$ y $\leq .40$, efecto pequeño; $d \geq .40$ y $\leq .75$ efecto mediano). NS= No Significativo.

Por otra parte, los modos de afrontamiento activo y pasivo no tuvieron puntuaciones estadísticamente significativas entre grupos al final de las intervenciones. En este sentido se pudo notar que en el grupo de la ICC los modos pasivos de afrontamiento disminuyeron y los activos aumentaron en el grupo de la PE aumentaron, lo cual hace a las intervenciones incomparables ya que el sentido del cambio es opuesto. Los resultados se presentan a detalle en la tabla 10.

Tabla 10. Tamaño del efecto y diferencias de medias entre grupos en las puntuaciones de la EAFRE antes y después de la intervención.

Sub escalas	Medición	ICC (N=44)		PE (N=27)		t	gl	p	d*
		M	DS	M	DS				
Activo	Base	39.20	8.82	35.51	9.88	-1.63	69	NS	
	Post test	41.63	8.93	40.11	7.01	-.75	69	NS	0.2
Pasivo	Base	9.75	4.67	8.22	5.30	-1.26	69	NS	
	Post test	8.43	4.67	9.92	5.60	1.21	69	NS	0.3

*Los valores d indican el tamaño del efecto ($d \leq .15$, sin efecto; $d \geq .15$ y $\leq .40$, efecto pequeño; $d \geq .40$ y $\leq .75$ efecto mediano). NS= No Significativo.

Finalmente se compararon los efectos de las intervenciones en la variable sintomatología asociada al estrés. Se encontró que la hiperactividad vegetativa disminuyó significativamente más en el grupo que recibió la ICC con un efecto

mediano. Este es el cambio con mayor fuerza encontrado y los detalles del análisis estadístico se muestran en la tabla 11.

Tabla 11. Tamaño del efecto y diferencias de medias entre grupos en las puntuaciones del ISAE antes y después de la intervención.

Sub escalas	Medición	ICC (N=44)		PE (N=27)		t	gl	p	d*
		M	DS	M	DS				
Puntaje Total	Base	34.22	12.42	33.42	14.51	-.20	69	NS	
	Post test	27.27	12.30	32.00	15.82	1.16	69	NS	0.4
Manifestaciones Somáticas	Base	10.70	4.50	5.70	6.74	.20	69	NS	
	Post test	8.34	4.24	10.14	5.24	1.30	69	NS	0.4
Asociadas al desempeño social	Base	8.40	4.11	8.78	5.96	.26	69	NS	
	Post test	6.81	3.59	8.21	5.01	1.14	69	NS	0.3
Ansiedad y Depresión	Base	4.75	3.07	3.14	2.74	-1.74	69	.08	
	Post test	3.84	2.74	4.14	2.68	.36	69	NS	0.1
Hormonal	Base	6.13	3.99	5.21	3.55	-.77	69	NS	
	Post test	4.81	3.64	4.92	3.62	.09	69	NS	0
Hiperactividad Vegetativa	Base	4.22	1.93	5.28	2.75	1.59	69	NS	
	Post test	3.45	1.62	4.57	2.47	1.96	69	.05	0.6

*Los valores d indican el tamaño del efecto ($d \leq .15$, sin efecto; $d \geq .15$ y $\leq .40$, efecto pequeño; $d \geq .40$ y $\leq .75$ efecto mediano). NS= No Significativo.

Efectos de la psicoeducación.

En cuanto al efecto de la PE sobre las variables de estudios, se tiene en primer lugar que al comparar los puntajes pre y postintervención del IBM las puntuaciones de logro personal disminuyeron. Es importante señalar que los reactivos de esta subescala fueron puntuados para su análisis de forma inversa, de manera que su disminución indica que el cuidador percibe un mayor logro personal en sus tareas de cuidador al finalizar la intervención. El tamaño del efecto de la PE sobre el síndrome de burnout y otros análisis se muestran en la tabla 12.

Tabla 12. **Tamaño del efecto y diferencias de medias en las puntuaciones del IBM en el grupo que recibió PE (antes y después de la intervención)**

Sub escalas	Medición	n=27		t	gl	p	*d
Puntaje Total	Base	M 33.85	DS 19.40	.83	26	NS	0.2
	Post test	30.85	18.69				
Agotamiento Emocional	Base	23.00	16.91	-.08	26	NS	0
	Post test	23.22	16.88				
Logro Personal	Base	10.85	9.07	1.80	26	.08	0.4
	Post test	7.62	5.60				

*Los valores d indican el tamaño del efecto ($d \leq .15$, sin efecto; $d \geq .15$ y $\leq .40$, efecto pequeño; $d \geq .40$ y $\leq .75$ efecto mediano). NS= No Significativo.

Por otra parte, la variable sobrecarga percibida no tuvo cambios estadísticamente significativos al comparar las puntuaciones y el tamaño del efecto es nulo en todas las subescalas y el puntaje total como se muestra en la tabla 13.

Tabla 13. **Tamaño del efecto y diferencias de medias en las puntuaciones de la ECCZ antes y después de la intervención en el grupo que recibió PE.**

Sub escalas	Medición	n=27		t	gl	p	*d
Puntaje Total	Base	M 20.92	DS 9.38	.40	26	NS	0
	Post test	20.25	8.36				
Expectativas de autoeficacia	Base	5.55	2.27	.46	26	NS	0.1
	Post test	5.33	1.75				
Impacto del cuidado	Base	8.40	4.29	-.14	26	NS	0
	Post test	8.51	4.23				
Relaciones Interpersonales	Base	6.96	5.57	.64	26	NS	0.1
	Post test	6.40	4.77				

*Los valores d indican el tamaño del efecto ($d \leq .15$, sin efecto; $d \geq .15$ y $\leq .40$, efecto pequeño; $d \geq .40$ y $\leq .75$ efecto mediano). NS= No Significativo.

La variable modos de afrontamiento tuvo un cambio estadísticamente significativo en el tipo activo y aun cuando no fue así en los modos pasivos de afrontamiento se puede ver también un incremento con efecto pequeño (Tabla 14).

Tabla 14. Tamaño del efecto y diferencias de medias en las puntuaciones de la EAFRE antes y después de la intervención en el grupo que recibió PE.

Sub escalas	Medición	n=27		t	gl	p	*d
		M	DS				
Activo	Base	35.518	9.889	-3.09	26	.01	0.6
	Post test	40.111	7.012				
Pasivo	Base	8.222	5.308	-1.33	26	NS	0.3
	Post test	9.925	5.608				

*Los valores d indican el tamaño del efecto ($d \leq .15$, sin efecto; $d \geq .15$ y $\leq .40$, efecto pequeño; $d \geq .40$ y $\leq .75$ efecto mediano). NS= No Significativo.

Aunque no de manera significativa, la ansiedad y la depresión aumentaron en el grupo que recibió la PE con un efecto pequeño y las demás subescalas del ISAE tuvieron un cambio pequeño y no significativo (Tabla 15).

Tabla 15. Tamaño del efecto y diferencias de medias en las puntuaciones del ISAE antes y después de la intervención en el GC.

Sub escalas	Medición	n=27		t	gl	p	*d
		M	DS				
Puntaje Total	Base	33.42	14.51	.44	26	NS	0.1
	Post test	32	15.82				
Manifestaciones Somáticas	Base	11	5.30	.87	26	NS	0.2
	Post test	10.14	5.24				
Asociadas al desempeño social	Base	8.78	5.96	.44	26	NS	0.1
	Post test	8.21	5.01				
Ansiedad y Depresión	Base	3.14	2.74	-1.40	26	NS	0.4
	Post test	4.14	2.68				
Hormonal	Base	5.21	3.55	.29	26	NS	0.1
	Post test	4.92	3.62				
Inmunológica	Base	5.28	2.75	.94	26	NS	0.3
	Post test	4.57	2.47				

*Los valores d indican el tamaño del efecto ($d \leq .15$, sin efecto; $d \geq .15$ y $\leq .40$, efecto pequeño; $d \geq .40$ y $\leq .75$ efecto mediano). NS= No Significativo.

Efectos de la intervención cognitivo conductual

Esta intervención no fue capaz de generar cambios estadísticamente significativos en la variable síndrome de burnout, sin embargo en la tabla 16 se puede observar una pequeña disminución en los puntajes de la escala total.

Tabla 16. Tamaño del efecto y diferencias de medias en las puntuaciones del IBM antes y después de la intervención en el grupo que recibió la ICC.

Sub escalas	Medición	n=44		t	gl	p	*d
		M	DS				
Puntaje Total	Base	37.13	20	.69	43	NS	0.3
	Post test	35.27	22.86				
Agotamiento Emocional	Base	26.54	18.20	.53	43	NS	0.1
	Post test	25.18	20.22				
Logro Personal	Base	10.59	6.49	.45	43	NS	0.1
	Post test	10.09	5.35				

*Los valores d indican el tamaño del efecto ($d \leq .15$, sin efecto; $d \geq .15$ y $\leq .40$, efecto pequeño; $d \geq .40$ y $\leq .75$ efecto mediano). NS= No Significativo.

La sobrecarga percibida disminuyó significativamente en el puntaje total de la escala utilizada para su medición y en dos de sus tres subescalas. Las puntuaciones de expectativas de autoeficacia, aun cuando no disminuyeron significativamente al comparar los puntajes reportan un cambio pequeño (Tabla 17).

Tabla 17. Tamaño del efecto y diferencias de medias en las puntuaciones de la ECCZ antes y después de la intervención en el grupo que recibió la ICC.

Sub escalas	Medición	n=44		t	gl	p	*d
		M	DS				
Puntaje Total	Base	23.27	8.68	3.14	43	.003	0.4
	Post test	19.25	10.02				
Expectativas de autoeficacia	Base	5.29	2.17	1.38	43	NS	0.3
	Post test	4.72	2.06				
Impacto del cuidado	Base	9.81	4.03	3.21	43	.002	0.4
	Post test	8.04	4.16				
Relaciones Interpersonales	Base	8.15	5.59	2.58	43	.013	0.3
	Post test	6.47	6.03				

*Los valores d indican el tamaño del efecto ($d \leq .15$, sin efecto; $d \geq .15$ y $\leq .40$, efecto pequeño; $d \geq .40$ y $\leq .75$ efecto mediano). NS= No Significativo.

Por otra parte, la ICC fue capaz de aumentar el afrontamiento activo y disminuir el pasivo con una marcada tendencia a la significancia estadística y con un tamaño del efecto pequeño como se muestra en la tabla 18.

Tabla 18.

Tamaño del efecto y diferencias de medias en las puntuaciones de la EAFRE antes y después de la intervención en el grupo que recibió la ICC.

Sub escalas	Medición	n=44		t	gl	p	*d
		M	DS				
Activo	Base	39.20	8.82	-1.83	43	.07	0.3
	Post test	41.63	8.93				
Pasivo	Base	9.75	4.67	1.66	43	.10	0.3
	Post test	8.43	4.67				

*Los valores d indican el tamaño del efecto ($d \leq .15$, sin efecto; $d \geq .15$ y $\leq .40$, efecto pequeño; $d \geq .40$ y $\leq .75$ efecto mediano). NS= No Significativo.

Por último, como se puede observar en la tabla 19, la ICC disminuyó significativamente la sintomatología asociada al estrés en los puntajes totales y todas las subescalas del inventario utilizado para su medición.

Tabla 19. Tamaño del efecto y diferencias de medias en las puntuaciones del ISAE antes y después de la intervención en el grupo que recibió la ICC.

Sub escalas	Medición	n=44		t	gl	p	*d
		M	DS				
Puntaje Total	Base	34.22	12.42	3.06	43	.004	0.6
	Post test	27.27	12.30				
Manifestaciones Somáticas	Base	10.70	4.50	3.36	43	.002	0.6
	Post test	8.34	4.24				
Asociadas al desempeño social	Base	8.40	4.11	2.19	43	.03	0.4
	Post test	6.81	3.59				
Ansiedad y Depresión	Base	4.75	3.07	1.98	43	.05	0.3
	Post test	3.84	2.74				
Hormonal Inmunológica	Base	6.13	3.99	2.10	43	.04	0.4
	Post test	4.81	3.64				
Hiperactividad Vegetativa	Base	4.22	1.93	2.23	43	.03	0.4
	Post test	3.45	1.62				

*Los valores d indican el tamaño del efecto ($d \leq .15$, sin efecto; $d \geq .15$ y $\leq .40$, efecto pequeño; $d \geq .40$ y $\leq .75$ efecto mediano)

10. DISCUSIÓN

Características sociodemográficas de los CPI y antecedentes del cuidado.

El sexo, edad y parentesco de los CPI con el paciente a cargo coincide con el perfil reportado en otros estudios, se trata de una población mayoritaria de mujeres, madres del paciente con EMC, en edades alrededor de los 40 y 60 años (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004; Sobrino & Ortiz-Viveros, 2009; Rojas & Ortiz-Viveros, 2009). Este hallazgo proporcionaría soporte a la creencia de que para un colectivo de mujeres, las tareas relacionadas con el cuidado de terceras personas es vivida como una “obligación moral”, asumida tanto desde lo personal como desde lo social, y entendida desde ambas perspectivas como una tarea “natural” (Varlderrama-Ponce, 2006).

Lo anterior, de ser cierto, coloca a las mujeres en franca inequidad social respecto a los hombres en lo que se refiere a las labores de cuidado, ya que por cuestiones de género se les condiciona la libertad de decidir si asumen o no el rol de cuidadoras y por ello renuncian o sacrifican al tiempo que pudieran asignar a actividades de ocio, desarrollo personal y profesional e incluso de autocuidado de la salud.

Se encontró que la mayoría de los CPI cuentan con niveles educativos medio y medio superior, lo que no coincide con otros estudios que reportan que son las mujeres de menor nivel educativo quienes asumen este tipo de tareas (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Eguiguren, 2004), esto podría tener relación con el hecho de que la población del estudio vive en un medio urbano con acceso a la educación y también a los servicios de salud.

Por otra parte, la mayoría de los CPI afirmaron ser católicos, lo que coincide con las estadísticas del INEGI (2006), mismas que plantean que más del 88% de la población mexicana pertenece a este grupo. Se encontró también que al menos la mitad de los cuidadores ha tenido que dejar de estudiar o trabajar por asistir al paciente con EMC y que dedican en promedio unas 50 horas a la semana a las

tareas de cuidado, lo que se encuentra por encima de los datos reportados por el INEGI (2009) en relación al tiempo promedio dedicado por los cuidadores a asistir a adultos mayores y enfermos dependientes. Probablemente esto se deba a que las demandas del cuidado son superiores en personas con EMC que en pacientes con otras patologías.

El intervalo de tiempo que transcurre desde los primeros síntomas diagnosticables de esquizofrenia y otras psicosis hasta el momento en que el paciente es diagnosticado oscila en general entre 1 y 2 años (Ciurana-Misol, 2007). Los datos obtenidos en este estudio podrían considerarse similares ya que la media de tiempo transcurrido desde el inicio del padecimiento hasta el momento de la intervención con los CPI es de 3 años, tomando en cuenta que desde el momento del diagnóstico de la EMC hasta la prescripción del tratamiento ambulatorio (condición en la que se encontraban los pacientes cuidados por los participantes en la investigación) transcurrió un periodo de tiempo indeterminado. Igualmente los CPI llevan en promedio 3 años asumiendo dicho rol, lo que indica que los participantes en el estudio han asistido a los pacientes desde el inicio del padecimiento.

Los efectos de la PE sobre las variables estudiadas

Correlación entre las variables de estudio.

Antes de la intervención en el grupo que recibió esta intervención, se buscaron correlaciones entre variables psicológicas y diferencias de estas por subgrupos con la intención de caracterizarlas y ponerlas en contexto.

Se encontró que tanto la SP, el SBO y la SAE se correlacionan positivamente entre sí, y que los MA tanto activos como pasivos correlacionaron negativamente con los constructos antes mencionados. Esto indica que la relación entre las variables estudiadas coincide inicialmente con el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1986). Es decir, a mayor evaluación negativa del cuidado y menores esfuerzos cognitivos y conductuales para hacerle frente,

mayores son las consecuencias del estrés en el CPI, lo que se reflejan en las puntuaciones del SBO y la SAE.

También se encontró que las mujeres tuvieron mayores índices de Ansiedad y Depresión y Sintomatología Asociada al Estrés Total, esto coincide con los datos de la Secretaría de Salud (2007) donde se afirma que las mujeres están en mayor riesgo de presentar trastornos del estado de ánimo

La Sobrecarga Percibida

Las puntuaciones de esta escala no resultaron estadísticamente diferentes antes y después de la intervención en ninguna de sus dimensiones y tampoco se encontró efecto alguno al calcular la *d* de Cohen. Este hallazgo se contrapone a los estudios de Cid y Caviars (2013), quienes encontraron que la PE tenía un efecto pequeño en la reducción de la SP en CPI de esquizofrénicos.

Una posible explicación de esta diferencia es que en el estudio mencionado se impartieron en total 10 sesiones y en esta investigación solamente 8, por tanto es probable que el número de horas que el CPI participa en un grupo psicoeducativo se relacione con el efecto de esta intervención en la reducción de la SP, además de que los contenidos de los programas psicoeducativos eran diferentes. Otra posibilidad de esta diferencia es que el estudio referido no se llevaron a cabo validaciones de los instrumentos psicométricos, lo cual pudo posiblemente influir en la confiabilidad de los datos.

Los Modos de Afrontamiento

Los MA Activos se incrementaron significativamente con un tamaño del efecto mediano y los MA Pasivos con un tamaño del efecto pequeño.

En el primer caso, el cambio podría estar relacionado con el objetivo de la PE que consistió en dar información al CPI acerca de la EMC, su tratamiento, evolución y algunas estrategias para manejar situaciones críticas; lo que induce el aumento del repertorio de conductas dirigidas a modificar activamente las situaciones estresantes que enfrenta en su tarea como cuidador.

En relación a los MA Pasivos, cabe mencionar que probablemente la PE pudo modificar prejuicios y estigma socialmente asignados a enfermos psiquiátricos, lo que posiblemente desarrolla habilidades cognitivas y emocionales que permiten al CPI revalorar todas aquellas situaciones anteriormente consideradas como desbordantes de los propios recursos.

Es posible que estas habilidades de afrontamiento (tanto activas como pasivas) aprendidas en el grupo psicoeducativo se vean reforzadas cuando el sujeto las percibe efectivas al practicarlas en sus tareas cotidianas como cuidador.

El Síndrome de Burnout

El efecto de la PE fue pequeño en el Puntaje Total del MBI y en la sub escala Logro Personal (Tabla 12). Esto coincide con otros estudios con poblaciones de cuidadores de pacientes con diferentes padecimientos (Martín, Rodríguez, Pujol-Ribera, Berenguera & Moix, 2013; Yslado, Nuñez & Norabuena, 2010). Al parecer, al aumentar los MA, la PE es capaz también de incrementar la percepción de Logro Personal en el CPI lo que se traduce en menores índices de este síndrome. Es decir, los CPI enfrentan de manera más efectiva las situaciones que anteriormente les resultaban de difícil manejo, lo que se traduce en una mejora de la percepción de autoeficacia y por tanto menor índice de BO, este hallazgo debe ser estudiado a fondo en posteriores investigaciones.

La Sintomatología Asociada al Estrés

Los efectos de la PE en esta variable son pequeños y corresponden a las sub escalas Manifestaciones Somáticas e Hiperactividad Vegetativa (Tabla 15).

La ansiedad y depresión aumentaron, en desacuerdo con este hecho, se encontró un estudio referente a los efectos de la PE en la reducción de la depresión en población con síntomas depresivos en seguimiento a meses (Casañas, Catalán, Raya & Real; 2014). Esta contradicción podría ser entendida como un indicio de que estar expuesto a procesos psicoeducativos genera

cambios en estas variables que posiblemente se reflejen meses después de la intervención.

Los efectos de la ICC en las variables estudiadas.

Correlación entre las variables de estudio.

Antes de la intervención en este grupo, las variables SP, SBO y SAE correlacionaron positivamente entre sí y negativamente con los MA Activos y Pasivos de la misma forma que sucedió en el grupo que recibió PE.

En este grupo se encontró que previo a la intervención, los católicos muestran significativamente menores índices de ansiedad y depresión que quienes afirmaron no tener religión, posiblemente porque el apoyo social y espiritual percibido de las prácticas religiosas sea un factor protector de la salud mental, esta situación podría ser estudiada a fondo en otros estudios.

La Sobrecarga Percibida

La ICC redujo significativamente los índices de las sub escalas Impacto del Cuidado y Relaciones Interpersonales con un tamaño del efecto pequeño, así como del puntaje total de la ECCZ con un efecto mediano.

Este cambio podría explicarse por los mecanismos de la TREC y la TSP. La primera tuvo el objetivo de desarrollar habilidades reflexivas que facilitan al CPI debatirse las creencias irracionales que probablemente interfieren en su estado de ánimo y en la consecución de metas, logrando así la disminución del impacto negativo del cuidado. La segunda permitió a los participantes planear sistemáticamente una solución a problemas experimentados durante el desempeño de sus tareas como cuidador y tomar decisiones efectivas al respecto, lo que posiblemente reduce el impacto del cuidado en las relaciones interpersonales entre el CPI y el enfermo a cargo.

Los Modos de Afrontamiento

Dicho lo anterior, un resultado esperado en este grupo es el aumento de los MA activos. Por otra parte se encontró reducción de MA pasivos. Ambos cambios con efecto pequeño.

Los MA activos fueron posiblemente incrementados por el efecto de la TSP que dotó de destrezas a los CPI afrontar los problemas del paciente con EMC de una forma más activa y efectiva.

Es probable que los MA pasivos disminuyeran por que los CPI aprendieron a afrontar activamente sus actividades con soluciones efectivas, lo que se tradujo en la disminución de situaciones problemáticas y por tanto una menor necesidad de debatirse con sus creencias irracionales y de autoregularse emocionalmente.

Así, es posible que este efecto se explique por el hecho de que la intervención tuvo un impacto significativo sobre las emociones del CPI.

El Síndrome de Burnout

La ICC resultó efectiva en la reducción del puntaje total del IBM con un efecto pequeño. Esto coincide con el metaanálisis realizado por Van der Klink, Bolnk, Schene y Van Dijk (2001) en el que se encontró el mismo tamaño del efecto de estas intervenciones en ambientes laborales formales. Lo anterior sugiere que siempre y cuando exista un adecuado diseño e implementación de la ICC, esta es efectiva para personas que se enfrentan a labores de exigencia emocional alta tanto en ambientes formales como informales.

La Sintomatología Asociada al Estrés

En todas las sub escalas y en la escala general del ISAE hubo diferencia estadísticamente significativa al comparar las puntuaciones pre y post tratamiento. Además, el tamaño del efecto fue mediano en la reducción de los índices de malestares asociados al estrés.

Los hallazgos de que la ICC es capaz de reducir sintomatología asociada al estrés coincide con los resultados de estudios en poblaciones de CPI de pacientes con diversas patologías y niveles de dependencia (Gallagher-Thompson & Steffen, 1994; Losada-Baltar, Izal-Fernández de Trocóniz, Montorio-Cerrato, Márquez-González & Pérez-Rojo, 2004).

Comparación de efectos entre PE e ICC

Una vez descritos los posibles mecanismos de acción de cada una de las intervenciones, es necesario comparar sus efectos y discutir cuál es más efectivo para ayudar a los CPI en la modificación de las variables psicológicas estudiadas.

La Sobrecarga Percibida

La ICC es más efectiva para reducir la dimensión Expectativas de Autoeficacia de esta variable respecto a la PE con efecto pequeño. Esta diferencia quizá sea explicada por que las técnicas establecidas en el grupo que recibió la terapia psicológica permitieron al CPI desarrollar habilidades de introspección y percibir mayor apoyo social lo que se reflejó en una mayor autoeficacia percibida. La disminución de la SCP con la ICC es un hallazgo que coincide con el estudio de Zarit y Femia (2008) en el que se indicó que las intervenciones de este tipo son efectivas con un tamaño del efecto mediano en población de CPI de pacientes con demencias

Los Modos de Afrontamiento

Para aumentar los MA Activos la PE fue más efectiva que la ICC con un tamaño del efecto pequeño. Al parecer, la recepción de información sobre la EMC es efectiva para ampliar el repertorio conductual para enfrentar las demandas del cuidado a corto plazo. El hecho de que en el grupo de la PE los MA Pasivos aumentaran y en el de la ICC disminuyeran hace incomparables sus efectos por considerarse opuestos y contradictorios.

El Síndrome de Burnout

En esta variable la PE fue más efectiva que la ICC en la reducción del puntaje de la escala Logro Personal con un efecto mediano y en el puntaje total con un efecto pequeño. Este resultado supone que, al menos durante un periodo de seis semanas, los grupos psicoeducativos son más efectivos que la psicoterapia para generar en el CPI una postura centrada en el control de la situación que le permite sentir mayor satisfacción con sus actividades. Esto no implica la disminución del agotamiento emocional que resulta del estrés crónico del cuidador.

La Sintomatología Asociada al Estrés.

La ICC es el tratamiento más efectivo con un tamaño del efecto mediano en la reducción de la Sintomatología Asociada al Estrés y sus dimensiones Manifestaciones Somática e Hiperactividad Vegetativa. También lo es en la reducción de Síntomas Asociados al Desempeño Social.

La explicación que se propone al respecto es que las estrategias de modulación emocional y cognitiva permiten la reducción del estrés en el CPI en un periodo de seis semanas. También que las habilidades de solución de problemas permiten mejorar la salud física del CPI ya que probablemente aumente el autocuidado y la búsqueda de apoyo social.

11. CONCLUSIONES

Finalmente, la efectividad específica y diferencial de cada una de las intervenciones es expresada a manera de conclusión en la tabla 20.

Tabla 20. Conclusiones sobre los efectos de la PE y la ICC y la comparación de su efectividad.							
Intervención	Indicadores de Efectividad	Variables estudiadas					
		SP	MAA	MAP	BO	SAE	
PE	Sentido del Cambio	Ninguno	+	+	-	-	
	Tamaño del Efecto	Ninguno	Mediano*	Pequeño	Pequeño	Pequeño	
ICC	Sentido del Cambio	-	+	-	-	-	
	Tamaño del Efecto	Mediano*	Pequeño	Pequeño	Pequeño	Mediano*	
ICC vs PE	Mayor Efectividad	ICC	PE	PE	ICC	PE	ICC
	Sentido del Cambio	-	+	+	-	-	-
	Tamaño del Efecto	Pequeño	Pequeño	Pequeño	Pequeño	Pequeño	Mediano
	Possible Mecanismo de Acción	Modifica interpretaciones desadaptativas sobre las demandas del cuidado y de los propios recursos para enfrentarlas.	La PE aumenta el repertorio de conductas dirigidas a modificar activamente e las situaciones estresantes	No se pudo realizar la comparación de la efectividad, los efectos de la PE y la ICC son opuestos.	Aumenta la percepción de logro personal como cuidador.	Desarrolla habilidades cognitivas, emotivas y conductuales que reducen el estrés.	
Conclusiones	<p>Al comparar estadísticamente la efectividad de ambas intervenciones se concluye que:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se rechaza la hipótesis principal de este estudio, ya que ninguna de ellas es más eficaz (considerando los puntajes p) que la otra, pero sus mecanismo de acción pudieron ser explorados. <p>Sin embargo, al calcular el tamaño del efecto se encuentra que:</p> <ul style="list-style-type: none"> La ICC actúa principalmente reduciendo el malestar del CPI. La PE ayuda al CPI a afrontar de manera efectiva las demandas del cuidado. La combinación de ambas intervenciones podría traer mayores beneficios al CPI que la administración de una sola. 						

SP: Sobrecarga Percibida; MAA: Modos de Afrontamiento Activos; MAP: Modos de Afrontamiento Pasivos; BO: Síndrome de Burnout; SAE: Sintomatología Asociada al Estrés ; ICC: Intervención Cognitivo Conductual; PE: Psicoeducación

*Diferencia estadística con un valor $p \leq .05$. (+) Aumento; (-) Disminución.

12. LIMITACIONES.

- No se consideraron en la investigación puntos de corte precisos que definieran a las variables estudiadas en niveles considerados como normales o anormales. Tampoco se exploró la presencia de casos atípicos univariados (Tabachnick & Fidell, 1996).
- Se incluyeron en el estudio a CPI con distintas puntuaciones en las escalas utilizadas, esto podría generar un efecto suelo que dificulte encontrar mejorías significativas tras intervenciones, ya que un CPI con niveles bajos de malestar quizá solo los mantenga. No se realizaron análisis en relación a qué tratamiento era más capaz de mantener los niveles bajos.
- Los participantes conocían a qué tratamiento estaban siendo sometidos, esto pudo haber sesgado la evaluación de la respuesta observada.
- También, conviene aclarar que el investigador principal impartió la ICC y conocía las puntuaciones de los participantes en el estudio antes de la misma, esto pudo condicionar los resultados a través del Efecto Pigmalión.
- Los reglamentos y políticas internas de uno de los hospitales no permitieron que el investigador ingresara al grupo psicoeducativo, por lo que no se contó con la vigilancia de integridad de este tratamiento. Resulta difícil determinar si la PE fue esencialmente informativa o resultó un grupo de ayuda mutua con componentes psicoterapéuticos.
- No se sabe si el cumplimiento de las tareas asignadas al CPI durante la ICC influya en su efectividad.
- Existe la posibilidad de que durante el estudio los cuidadores hayan intercambiado información referente a cada uno de los tratamientos y esto contaminara la integridad de los mismos.
- No se investigó si previo o durante las intervenciones, los cuidadores recibían algún otro tipo de ayuda psicológica.
- No existe conocimiento de las causas por las cuales hubo CPI que en un inicio no aceptaron participar en el estudio ni tampoco del porqué de las pérdidas del grupo control.

13. APORTACIONES DEL ESTUDIO

Esta investigación permitió aportar datos concretos sobre los posibles efectos diferenciales de la psicoeducación y la intervención cognitivo conductual sobre variables psicológicas de cuidadores primarios informales de pacientes psiquiátricos ambulatorios con padecimientos distintos a la demencia que radican en México. Esto podrá ayudar a los profesionales de la salud mental a tomar decisiones para mejorar la calidad de vida de esta población.

Por otra parte, se logró diseñar una intervención cognitivo conductual, lo que permitirá a los interesados replicar la intervención utilizando el manual y los formatos de vigilancia de tratamiento; esto facilitará, siempre y cuando se respete el protocolo de intervención, que el tratamiento se replique con integridad.

También, se validaron 4 escalas de medición en la población de estudio: el maslach burnout inventory, el inventario de síntomas asociados al estrés, el cuestionario de modos de afrontamiento frente a riesgos extremos y la entrevista de carga del cuidador de Zarit.

Todas las aportaciones mencionadas, permitirán a los servicios de salud mental del país incluir en sus protocolos de tratamiento integral de la enfermedad mental, herramientas de evaluación e intervención a cuidadores informales que sugieren ser científicamente confiables. Esto contribuye al desarrollo de la psicología científica, pues favorece la implementación de prácticas psicológicas basadas en la evidencia.

14. SUGERENCIAS.

- Se considera un nuevo hallazgo la reducción de las manifestaciones somáticas e hiperactividad vegetativa mediante la PE, los mecanismos psicofisiológicos que subyacen a este efecto deberán ser estudiados en otros trabajos.
- La ICC se diseñó con base en bibliografía. Es posible que su efectividad sea mayor si es reestructurada con base en estudios cualitativos sobre las principales creencias irracionales del CPI asociadas al cuidado.
- Se recomienda validar los instrumentos de medición utilizados en este estudio con una muestra de CPI de diferentes zonas del país y estudiar con mayor profundidad su sensibilidad al cambio.
- Los cambios generados por cada una de las intervenciones fueron medidos cuantitativamente a través de escalas de medición estandarizadas, sin embargo se sugieren estudios de tipo cualitativo que permitan describir estos cambios desde las experiencias personales de cada CPI.
- Se sugiere también replicar este estudio en población de cuidadores de un grupo de pacientes con características más homogéneas e incluir mediciones de seguimiento a corto, mediano y largo plazo. Es posible que el CPI necesite más tiempo para practicar las estrategias enseñadas en ambas intervenciones.
- Se recomienda que para futuras investigaciones se valoren en el CPI otras posibles variables mediadoras del estrés psicobiológico y de la efectividad del tratamiento como: el tipo de relación terapéutica con quien dirige el tratamiento psicológico, la percepción que tiene de los antecedentes relacionales con el receptor del cuidado (si es considerada o no como una relación afectivamente positiva), la personalidad, la percepción que tiene de los servicios de salud, sus niveles de emoción expresada, los niveles de dependencia del paciente a cargo, el apoyo social percibido, las características de los procesos de comunicación con el enfermo a cargo, las conductas de autocuidado, las repercusiones económicas, familiares y

laborales del cuidado, así como el número de personas dependientes que ha tenido a cargo durante su vida.

- Es recomendable que en estudios similares a este se utilicen medidas de salud física y mental en el receptor de cuidados con la finalidad de reconocer el impacto de las intervenciones en éste. Algunos indicadores que podrían ser interesantes en este sentido son: el cambio en el nivel de dependencia, la frecuencia de crisis y los reingresos hospitalarios del paciente con EMC.
- En futuros estudios, conviene agregar otros dos grupos control: uno sin intervención para conocer el efecto del tiempo en el comportamiento de las variables; y otro grupo al que se le administre un placebo como una entrevista semanal con un terapeuta.
- Por último, se sugiere reproducir este estudio utilizando las mismas intervenciones en poblaciones de CPI que asisten a pacientes con otras afecciones psiquiátricas o médicas que provocan dependencia. También podrían realizarse estudios bajo esta misma metodología pero explorando la efectividad de psicoterapias basadas en otros enfoque y técnicas.

14. REFERENCIAS

Acton, G. & Kangy, J. (2001). Interventions to Reduce the Burden of Caregiving for an Adult With Dementia: A Meta-Analysis. *Research in Nursing & Health*. 24: 349-360.

Alfaro-Ramírez del Castillo, O., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Río, B. & Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 46 (5): 485-494.

Álvarez-Gallego, E. & Fernández-Ríos, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional: Revisión de estudios. *Revista Española de Neuropsiquiatría*. 11: 257-265.

Anderson, C., Douglas, R. & Hogarty, G. (1988) Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu.

Apfelbaum, S. & Gagliosi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Revista Argentina de Psiquiatría*. 15: 295-302.

APA (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

Argimon, J. & Jiménez, J. (2000) Métodos de investigación clínica y epidemiológica. España: Elsevier.

Aznar, E. & Berlanga, A. (2010). Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador. Madrid: Pirámide.

Benavides, A., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. & González, J. (2002). La evaluación específica del Síndrome de Burnout en psicólogos: El "Inventario de Burnout de Psicólogos". *Revista Clínica y Salud*. 13 (3): 257-283.

Bergero, T., Gómez, M., Herrera, A. & Mayoral, F. (2000) Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 20 (73): 127-135.

Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.

Caballo, E. V. & Simón, M. A. (2000). Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos. En: Oblitas G. L. A. & Becoña I. E (Eds.). *Psicología de la Salud* (111-158). México: Plaza y Valdés Editores.

Brody, H., Green, A. and Koschera, A. (2003). "Meta-analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia." *Journal of the American Geriatrics Society*. 51: 657-664.

Canesa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las escalas de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis en grupo de escolares de Lima Metropolitana. *Persona*. 5:191-233.

Cano, G.F., Rodríguez, F.L. & García, M.J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*: 35(1), 29-39.

Caqueo-Urizar, A., Lemos Giráldez, S., Lee Maturana, S., Ramírez Pérez M., Miranda Castillo, C & Mascayano, F. (2014). "Burden on caregivers of schizophrenia patients: An updated literature review". *Psicothema*. 26: 235-246.

Carrobbles, J. (2011). Trastornos del estado de ánimo. En Caballo, V., Salazar, C. & Carrobbles (Dir.) *Manual de psicopatología y otros trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Casañas, R., Catalán, R., Raya, A. & Real, J. (2014). Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 34 (121): 145-146.

Cazenave A., Ferrer X., Castro S & Cuevas S. (2005). El familiar cuidador de paciente con SIDA y la toma de decisiones en salud. *Revista chilena de infectología*. 22 (1): 51-57.

Cid, F. & Caviars, A. (2013). Effect of the ProFamille Psychoeducational Program on the degree of burden of care and psychological symptoms in family caregivers of people with schizophrenia. *Revista Chilena de Neurología Psiquiátrica*. 51(2): 102-109.

Ciruana-Miso, R. (2007) Caminando hacia un nuevo modelo de atención multidisciplinaria de la esquizofrenia y otras psicosis. Papel de la atención primaria. *Atención Primaria*. 39(3): 119-26.

Coe, R. & Merino, C. (2003). Magnitud del efecto: Una guía para investigadores y usuarios. *Revista de Psicología-PUCP*. 21(1): 147-177.

Coletto, M. & Cámara, S. (2009). Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. *Revista Diversitas - Perspectivas em Psicologia*. 5(1):97-110.

Crespo, M. & Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis de Modificación de Conducta*. 23:797-830.

D'Zurilla, T., & Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults. En P. C. Kendall (Ed.). *Advances in cognitive behavioral research and therapy*. New York: Academic Press.

D'Zurilla, T., & Nezu, A. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical Intervention*, (3rd ed.). New York: Spring Publishing Company.

D'Zurilla, T. & Nezu, A. (2010). *Problem-solving therapy*. En Dobson, K., (ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press.

De la Huerta, R., Corona, M. & Méndez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 39 (1): 46-51.

De Valle-Alonso, M., Hernández-López, I., Zúñiga-Vargas, M. & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Revista Enfermería Universitaria*. 12(1):19-27.

Devi, J & Ruiz-Almazán, I. (2002) Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev Multidisc Geront*.12(1):31-7.

Díaz, J., González, E. & Varela, C. (2001). Psicoeducación: Modelos para Esquizofrenia, Depresión, Trastornos por Déficit de Atención, Trastornos de Alimentación. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. Neurociencias. PAC-3 APM , Libro 6, p.p. 299-320.

Durán, M.A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. España: Fundación BBVA.

Ellis, A, & Dryden, W. (1989) *Práctica de la terapia racional emotiva*. 1ª. Ed: Bilbao: Descleé de Brouwer.

Ellis, A.(1984) The essence of RET. *Journal of Rational Emotive Therapy*. 2: 19-25.

Encuesta Nacional Sobre el Uso del Tiempo Libre (2009). México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía en Informática (INEGI).

Espín, A.M. (2009) Escuela de cuidadores como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista cubana de salud pública*. 35(2): 1-14.

Ergh Tanya, M., Rapport, L., Coleman Renee, D. & Hanks-Robin, A. (2002). Predictors of Caregiver and Family Functioning Following Traumatic Brain Injury: Social Support Moderates Caregiver Distress. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 17(2):155-174.

Falloon, I., Boyd, J. & McGill, C. (1984). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: A social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine*. 17: 59-66.

Falloon, I., Boyd, J., McGill, C., Razani, J., Moss, H. & Gilderman, A. (1982) Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *The New England Journal of Medicine*. 306 (24) 1437-1440.

Feldberg, C., Tartaglino, M.F., Clemente, M.A., Petracca, G., Caceres, F. & Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*. 3(1):11-16.

Fernández de Larrinoa, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J. & Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23: 388-393.

Flores, E., Rivas, E & Seguel., F (2012) Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*. 18 (1): 29-41.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1): 159-165.

Gallagher-Thompson, D., Coon, D. W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y., & Thompson, L.W. (2003). Change in indices of distress among Latino and Anglo female caregivers of elderly relatives with dementia. *Gerontologist*. 43: 580-591.

Gallagher-Thompson, D. & Steffen, A. (1994). Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62 (3): 543-549.

García-Cabeza, E. (2008) Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 28 (101): 9-25.

García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez I. & Eguiguren A. (2004) El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*. 18 (1): 132-139.

García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I. & Maroto-Navarro, G.(2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*. 18 (2): 83-92.

Gerson, R., Wong, C., Davidson, L., Malaspina, D., McGlashan, T., Corcoran, C.(2011) Self-reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: an exploratory study. *Early Intervention in Psychiatry*. 5 (1): 76-80.

Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Godoy, J., Godoy-Izquierdo, D. & Vázquez M. (2011) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En Caballo, V., Salazar, C. & Carrobes (Dir.) *Manual de psicopatología y otros trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

González-Ramírez, M. & Landero-Hernández R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev Panam Salud Pública*. 23(1):7–18.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. (2012) *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Heinze-Martín, G. & Camacho-Segura, P.(2010) *Guía clínica para el manejo de la depresión*. Ed. Berenzon, S., Del Bosque, J., Alfaro, J.,Medina-Mora, M.E. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Hernández-Zamora,Z. & Ehrenzweig-Sánchez (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 13 (1): 127-142.

Hoffman, P. & Fruzzetti, A. (2007). Advances in Interventions for Families with a Relative with a Personality Disorder Diagnosis. *Current Psychiatry Reports*. 9:68–73.

Hombrados, M. (2010) Grupos de apoyo y autoayuda para cuidadores de personas dependientes. En Martínez, MC (coord.). *Dinámicas e intervención grupal*. España: Síntesis.

Hu, L., Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 6, 1-55.

Ibáñez, I. & Olmedo, C.E. (2003). Factorización exploratoria del cuestionario Ways of Coping (WCQ). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 1:79-94.

IMSERSO, (2007). Modelos de atención a las personas con enfermedad mental grave. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Kaufman, A., Scogin, F., MacNeil, G., Leeper, J., & Wimberly, J. (2010). Helping aging parents of adult children with serious mental illness. *Journal of Social Service Research*. 36:445-45.

Kemeny, M. & Gruenewald, T. (2000). Affect, cognition, the immune system and health. *Prog. Brain Res* 122: 291-308.

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S. & Saraceno B. (2005) Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18 (4): 229-240.

Lara, P., González, P. & Blanco, L. (2008) Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista Española de Medicina Quirúrgica* . 13 (4): 159-66.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986) *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona. Martínez Roca

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Leahy, R. (2003) *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.

Lega, L. (1998). La terapia racional-emotiva: Una conversación con Albert Ellis. En Caballo V. (comp.). *Manual de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Siglo XXI

Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

López, V.E. y Marván, M. (2004). Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos externos. *Salud Pública de México*. 46(3): 216-221.

Losada-Baltar, A., Izal-Fernández, M., Montorio-Cerato, I., Márquez González M. & Pérez Rojo G. (2004). Eficacia de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*. 38: 701-708.

Losada-Baltar, A., Montorio-Cerrato, I., Izal-Fernández de Trocóniz, M. & Márquez-González, M. (2005) Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. España: IMSERSO.

Losada-Baltar, A., Moreno-Rodríguez, R., Cigarrán, M. & Peñacoba, C. (2006). Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. *Informaciones psiquiátricas*. 184 (2): 173-186.

Martín, A., Rodríguez, T., Pujol-Ribera, E., Berenguerab, A. & Moix, J. (2013). Effectiveness of a mindfulness program in primary care professionals. *Gaceta Sanitaria*. 27 (6): 521-528.

Martín-Carrasco, M., Ballesteros-Rodríguez, J., Domínguez-Panchón, A., Muñoz-Hermoso, P. & González-Fraile, E. (2014). Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 42(6): 300-314.

Martínez, L.D., Robles, M.T. & Ramos, B. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del CRIT. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*. 20: 23-29.

Martínez-González, J., Albein-Urios, N., Munera, P. & Verdejo-García, A. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychological Research*. 5(1): 18-24.

Maslach, C. & Jackson, S.(1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 2: 99-113.

Maslach, C. & Jackson, S. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. 3ra ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Mazaira, S. (2004) Tratamiento farmacológico del Trastorno límite de la personalidad. *Revista Argentina de Psiquiatría*. 15: 303-308.

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J. Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar, S. (2003) Prevalencia de

trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26 (4): 1-16.

Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre-Acevedo, D. & Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Rev Chil Neuropsicol*. 5: 137-45.

Molina, R., Rubio, V., Pérez, A. & Carrasco J. (2003) Trastorno límite de la personalidad. En: Roca, M. *Trastornos de la personalidad*. España: ARS Médica. España.

Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S., Robles García, R., Aguilar Villalobos, J., Figueroa López, C. & Méndez Venegas, J. (2012) Carga en Cuidadores Primarios Informales de Niños con Cáncer: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 2 (2): 118-124.

Montorio, I., Fernández, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*. 14(2): 229-248.

Moriana, J. & Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 16 (2): 81-100.

Mosquera, D. & González A. (2011) Del apego temprano al TLP. *Revista Mente y Cerebro*. 46: 18-27.

Murray, C. & López, A. (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet*. 349:1498-1504.

Navarro, M. (2010). Estudio experimental sobre la eficacia de la intervención psicoeducativa INFOSA en el malestar psicológico de los cuidadores principales de personas ancianas dependientes. Tesis Doctoral no publicada, Universitat Jaume I. Castellón de la Plana.

Nezu, A.M., & Nezu, C. M. (2008). Entrenamiento en solución de problemas. En V. E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (527-550). Madrid: Siglo XXI de España.

Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2010). *Evidence-based outcome research*. New York: Oxford.

Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto,

M., Brodaty, H., Rojo, J., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H. & Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 30(2):161-78

OMS (2002). Current and future long-term care needs: An análisis based on the 1990 WHO study The Global Burden Disease and the International Classification of the Functioning, Disability and Health. Geneva: The World Health Organization, Collection on Long Term Care.

OPS (2001) Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado el 14 de mayo de 2014 en http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental_005.htm

Organización Mundial de la Salud (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000- Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS.

Ortiz-Viveros, G.R. (2010) Los actores del proceso salud-enfermedad: profesionales, pacientes y cuidadores. México: Universidad Veracruzana.

Oshodi Y., Adeyemi J., Aina O., Suleiman T., Erinfoami A. & Umeh C.(2012) Burden and psychological effects: caregiver experiences in a psychiatric outpatient unit in Lagos, Nigeria. *African Journal of Psychiatry*. 14 (2): 99-105.

Palacios-Espinosa, X., Jiménez-Solanilla, K. (2008) Estrés y Depresión en cuidadores de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en psicología Latinoamericana*. 26 (2): 195-210.

Papastavrou, E., Tsangari, H., Karayiannis, G., Papacostas, S., Efstathiou, G., Sourtzi, P. (2011) Caring and coping: the dementia caregivers. *Aging & Mental Health*. 12 (6): 702-711.

Paz-Rodríguez, F., Sánchez Guzmán, M.A., (2011). Maltrato en pacientes neurológicos. *Anales de Psicología*. 27(1): 256-264.

Peiró, J. & Salvador, A. (1993). Control del estrés laboral. Madrid: Eudema

Pérez-Álvarez, M. & García-Montes, J.M. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 13 (3): 493-510.

Pezo, M., Akiko, L. & Costa, M. (2004) La depresión incluida en la historia de la familia. *Texto Contexto Enfermero*. 13 (4): 511-518.

Pinquart M, Sorensen S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*. 18(4):577-595.

Popper, K., 1983. *Realism and the Aim of Science*. New Jersey: Rowman and Littlefield.

Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis de Modificación de Conducta*. 18: 167-201.

Pinquart, M. & Sörensen, S (2006) Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*.18(4):577-95

Pulido Martínez, A. (2010). El derecho a la ciudadanía del enfermo mental, un desafío al Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. *Cuaderno de Trabajo Social*. 23: 361-379.

Quintero, J., Barbudo, E., López, M. & López, J. (2011). La evolución del concepto de Esquizofrenia Resistente al tratamiento. *Actas de psiquiatría*. 39(4): 236-250.

Quiroga, E. & Errasti, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema* 13: 393-406.

Ramis, R. (2005) Origen e Intencionalidad de la epidemiología clínica. *Revista cubana de salud pública*. 31(3): 233-238.

Ramos del Río, B. (2008). *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Rascón, M., Caraveo, J. & Valencia, M. (2010) Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de Investigación Clínica*.62 (6): 509-515.

Ríos, M (2009). Variables de personalidad y síndrome de estrés crónico asistencial: estudio exploratorio en personal de enfermería. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia, España.

Roder, V., Mueller, D., Mueser, K. & Brenner, H. (2006) Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophren Bull*. 32: 81-93.

Rocha García, A., Hernández-Peña, P., Ruiz-Velazco, S., Ávila Burgos, L., Marín-Palomares, T. & Lazcano-Ponce, E. (2003). Gasto de hogares durante la hospitalización de menores derechohabientes, con diagnóstico de leucemia en dos hospitales de México. *Revista Salud Pública de México*. 45(4): 285-293.

Rodríguez, M.J., Terol, M.C., López, R.S. & Pastor, M.A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes. *Psicología y Salud*. 4:59-48.

Rodríguez-González, A. (2013). Organización de cuidados comunitarios. El papel de la atención psicosocial y social en la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental grave y crónica. Guzlop: Perú.

Rodríguez-Marín, J. & Neipp, M. (2008). Manual de psicología social de la salud. Madrid: Síntesis

Rojas Alcalá, M.E. & Ortiz Viveros, G.R. (2009). Relación entre Sobrecarga Percibida Personalidad Resistente y Síndrome de Burnout en Cuidadores Principales. Tesis de Maestría no publicada. Instituto de investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana: México.

Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductuales. España: Desclée De Brouwer.

Ruiz-Robledillo, N. & Moya-Albiol, L. (2012) El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*. 1: 22-30.

Sánchez, B. (2001). La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*; 19(2): 36-51.

Secretaría de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo Alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud.

Seguí, J.D., Ortiz-Tallo, M. & De Diego, Y. (2008) Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología*. 24(1):100-105.

Selye H. (1935) A syndrome produced by diverse nocivous agents. *Nature*. 138: 32-39.

Serrano, M. (2006), Adaptación Psicobiológica al Estrés Social en una Muestra de Profesores: Cambios Hormonales, Cardiovasculares y Psicológicos, España, Universidad de Valencia. Tesis doctoral no publicada

Sevillá, J. & Pastor, C. (2011) Trastornos bipolares. En Caballo, V., Salazar, C. & Carrobes (dirs.) Manual de psicopatología y otros trastornos psicológicos. Madrid: Pirámide.

Sharif, F., Shaygan, M. & Mani, A. (2012). Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz. *BMC Psychiatry*. 12:48: 1-

Schultz, J.(1932) *Das autogene training*. Alemania: Verlag.

Sobrino, L. & Ortiz-Viveros, G. (2009). Sobrecarga percibida y su relación con la Personalidad resistente en cuidadores de pacientes con nutrición enteral. Tesis de Maestría no publicada. Instituto de investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana: México.

Söresen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*. 42: 356-372.

Sotelo, A.C. & Maupome, S.V. (1999). Traducción y estandarización del cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés de Lazarus y Folkman para una población de adolescentes mexicanos. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México: México.

Tabachnick, B., & Fidell, L. (1996). *Using multivariate statistics* (3rd ed.). New York: Harper Collins.

Tartaglini, M., Ofman, S. & Stefani, D. (2010). Sentimiento de Sobrecarga y Afrontamiento en Cuidadores Familiares Principales de Pacientes con Demencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 19 (3): 221-226.

Trull, T. & Phares, E. (2003). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson.

Valderrama-Pnce, M. (2006). El cuidado, ¿una tarea de mujeres? *Vasconia*. 35: 373-385

Van Andel, J., Westerhuis, W., Zijlmans, M., Fischer, K. & Leijten, F. (2011). *Journal of Neurology*. 258 (10): 1788-1794.

Van der Klink, J., Blonk, R., Schene, A. & Dijk F. (2001) The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*. 91 (2): 270-276.

Vázquez, F., Hermida, E., Díaz, O., Torres, A., Otero, P. & Blanco, V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 46 (3): 178-188.

Vera-Villaroel, P. (2004) Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit Revista de Psicología*. 10: 4-10.

Von Känel, R., Dimsdale, J.E., Mills, P.J., Ancoli-Israel, S., Patterson, T.L., Mausbach, B.T. & Grant, I. (2006). Effect of Alzheimer caregiven stress and age on frailty makers Interleukin-c, C- Reactive Protein, and D-Dimer. *Journal of Gerontology Medical Science*. 61 (9): 963-969.

Yslado, R., Núñez, Ll. & Norabuena, R. (2010). Diagnóstico y programa de intervención para el síndrome du burnout en profesores de educación primaria de distritos de Huaraz e Independencia. *Revista de Investigación en Psicología*. 13 (1): 151-162.

Zarit, S.H. (1990). Concepts and measures in family caregiving research. En B. Bauer (ed.): *Conceptual and Methodological Sigues in Family Caregiving Research*. Proceeding of the Invitational Conference on Family Caregiving Research. Toronto (Ontario), June 21-22.

Zarit, S. & Femia, E. (2008). Behavioral and psychosocial interventions for family caregivers. *American Journal of Nursing*. 108 (9): 47-53.

Zarit, S. (2002). Caregiver's Burden. En Andrieu, S.& Aquino,J.: *Family and professional carers: findings lead to action*. Paris: Serdi Edition y Fondation Médéric Alzheimer.

Zarit, S. & Zarit, J. (1983) *The memory and behavior problema checklist and the burden interview (Reporte técnico)*. Pennsylvania State University: USA.

ANEXOS

ANEXO A
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para el proyecto

Efectos de una intervención cognitivo conductual en cuidadores de pacientes psiquiátricos

Investigador principal: Mtro. Francisco Javier Rosas Santiago ***Tel.***

Especialistas de la Clínica de la institución que colabora en el proyecto:

Propósito del estudio: El estudio tiene el objetivo de evaluar la eficacia de un tratamiento psicológico dirigido a los cuidadores de pacientes con enfermedad mental, para disminuir su estrés, mejorar su estado de salud, su labor como cuidador y su calidad de vida en general. Dicho tratamiento tiene una duración de 8 sesiones de aproximadamente dos horas cada una. Estas sesiones se llevarán a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente una vez a la semana, en grupos de 12 participantes.

Selección de participantes: Usted es un candidato para participar debido a que es un cuidador informal (familiar) de un paciente con trastorno límite de la personalidad.

Participación voluntaria: Usted no tiene que participar en el estudio si prefiere no hacerlo. Si acepta participar, usted puede retirarse del estudio en el momento que lo desee. El hecho de que participe, no participe o se retire del estudio no afectará de ninguna manera el tratamiento usual en esta clínica, incluido el tratamiento habitual para los familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad. Su familiar, quien recibe tratamiento como paciente de esta institución de salud, NO tendrá repercusión alguna si usted decide participar o no en el estudio, la atención hacia este seguirá su curso habitual.

Procedimiento de investigación: Si usted está de acuerdo en participar se le realizará una evaluación previa que consistirá en responder algunos cuestionarios y en la toma de una muestra de saliva con un hisopo de algodón (se muestra el procedimiento aplicado, así mismo el investigador principal es el encargado de obtener el consentimiento). Esta muestra de saliva será depositada en un recipiente especial en el que se transportará hacia un laboratorio para su análisis con reactivos especiales, el mismo día se desechará la muestra con los procedimientos usuales para el manejo de desechos biológicos. Después se le explicará que días y a qué hora asistiría a las sesiones de terapia. Existirán dos grupos que recibirán intervención psicológica, siempre a la misma hora y días pero en salones diferentes de esta institución. En caso de aceptar participar, usted

formará parte de alguno de esos grupos. Al concluir estas sesiones se realizará una evaluación final igual a la inicial, con el objetivo de ver los avances alcanzados a nivel grupal. Si al finalizar el tratamiento, el grupo en el que usted participó obtuvo pocos cambios con la intervención comparado con el otro grupo, usted podrá tomar de manera gratuita, si así lo desea, el tratamiento psicológico que se aplicó al grupo en el que inicialmente no participó y que resultó más efectivo para disminuir el estrés, ayudar a mejorar la calidad de vida, salud y las funciones como cuidador.

Confidencialidad: La información que usted nos proporcione tanto en las evaluaciones como durante las sesiones terapéuticas es confidencial. Los datos y resultados del trabajo terapéutico son parte de una investigación psicológica y serán utilizados únicamente con fines de estudio y mejora de su calidad de vida, siempre manteniendo la confidencialidad de los participantes y en búsqueda de su bienestar, tomando en consideración su integridad física y psicológica y apegados a las normas de investigación en salud vigentes en México. Para ello es importante que esté enterado que sus datos se manejarán siempre a través de un código numérico al cual solo los investigadores tendrán acceso.

Riesgos emocionales: Usted puede sentir cierta incomodidad, preocupación o malestar emocional durante las evaluaciones o durante las sesiones de psicoterapia, la terapeuta cuenta con experiencia y herramientas para contener dicho malestar.

Beneficios: No existe garantía de que el tipo de terapia que usted recibirá tenga beneficios, sin embargo ha sido probada en otros países con muy buenos resultados, además, usted estaría ayudando a mejorar los servicios de este tipo de clínicas.

Dudas y contacto: Usted puede preguntar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la investigación. Le daré una copia de esta información con mi nombre y teléfono al inicio de la hoja para que pueda localizarme para aclararme cualquier duda. También puede contactar con el Presidente del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, _____ al teléfono: _____.

Firma de consentimiento: Si usted está de acuerdo en participar, por favor firme la forma dándonos su permiso para iniciar los procedimientos del estudio.

Yo, _____ (nombre) conozco el propósito, procedimientos y riesgos emocionales del estudio y acepto participar en

el mismo. Entiendo que la información que proporcione es confidencial y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida sin repercusión de mi situación en el INPRFM. Recibiré una copia de este formato con los datos para localizar a la investigadora principal y al Presidente del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente, para resolver cualquier duda acerca del estudio.

Firma: _____ Fecha:

Primer testigo:

Nombre: _____ Relación con el paciente:

Firma: _____ Fecha:

Segundo testigo:

Nombre: _____ Relación con el paciente:

Firma: _____ Fecha:

Explicó el consentimiento:

Francisco Javier Rosas Santiago

Firma: _____ Fecha:

ANEXO B
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Estimado participante:

Agradecemos su colaboración en el presente estudio, los datos que nos comparta al contestar los siguientes cuestionarios nos ayudarán a conocer y comprender diversas formas de sentir, pensar y actuar que algunas personas que, como Usted, se dedican a cuidar a un paciente psiquiátrico.

Le pedimos amablemente llene los siguientes cuestionarios y si así lo requiere pida ayuda al aplicador en caso de tener alguna duda., los datos que nos brinde son confidenciales. Al terminar el estudio, usted podrá solicitar al responsable del mismo los resultados que ha obtenido tras la presente evaluación.

Cuestionario de datos sociodemográficos

Instrucciones: Por favor complete el siguiente cuestionario con los datos que se le piden escribiendo con letra lo más clara posible o subrayando la respuesta que corresponda. Es importante que responda a las preguntas de manera espontánea (con la primera idea que venga a su mente) y con la mayor sinceridad posible:

4.- ¿Cuántos años tiene?		5.- Sexo:		6.- Escolaridad		7.- Religión	
		M	F				
8.- ¿Qué es USTED del usuario de los servicios de este hospital?							
Amigo	Hijo	Padre/Madre	Pareja	Hermano	8.1.- Otro (espe		
9.- ¿Es la primera vez que cuida a un paciente psiquiátrico?						NO	SI
10.- ¿Es usted el cuidador principal o responsable del paciente?						NO	SI
11.- ¿Cuál es el diagnóstico psiquiátrico de su familiar?							
12.- ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que inició el padecimiento de su paciente, aún antes de asistir a esta institución?							
13.- ¿Cuánto tiempo lleva siendo usted el cuidador principal de su paciente?							
14.- ¿Cuántas horas en promedio dedica al día a cuidar a su paciente?							
15.- ¿Realiza usted alguna actividad extra, además de cuidar a su paciente?							
NO	SI, Trabajo		SI, Estudio		15.- SI, Otra: (especifique)		
16.- ¿Ha dejado usted de realizar alguna actividad como resultado de la necesidad de cuidar a su paciente?							
NO	SI, Trabajo		SI, Estudio		16.- SI, Otra: (especifique)		
17.- ¿Quién sostiene principalmente la economía en su casa?				Usted	Algún familiar	17.1.- Otro: (especifique)	
18.- ¿Alguien más le apoya en las labores de cuidar a su paciente?				NO	SI	18.1.- ¿Quién (es)?	
19.- ¿Padece usted alguna enfermedad?				NO	SI	19.1.- ¿Cuál (es)?	
20.- ¿Esta bajo tratamiento médico?		NO	SI	21.- ¿Qué medicamentos toma?			

Maslach Burnout Inventory

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones detenidamente y conteste marcando con una “X”, que tan a menudo se ha sentido Usted así.

	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo como cuidador							
2. Me siento agotado al final de la jornada de cuidados							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día como cuidador							
4. Fácilmente comprendo cómo se siente mi paciente							
5. Creo que a veces trato a mi paciente como si fuera un objeto impersonal.							
6. Trabajar todo el día cuidando a un paciente es un esfuerzo.							
7. Trato muy eficazmente los problemas de mi paciente							
8. Me siento "desgastado" por mis labores de cuidador							
9. Creo que hago bien con mis cuidados a la vida de mi paciente.							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que cuido a un paciente psiquiátrico.							
11. Me preocupa que el hecho de ser cuidador me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me siento muy activo							
13. Me siento frustrado por ser cuidador							
14. Creo que estoy trabajando demasiado							
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a mi paciente.							
16. Trabajar como cuidador me produce estrés							
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con la persona a quien cuido.							
18. Me siento satisfecho después de trabajar para mi paciente.							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi tarea como cuidador							
20. Me siento acabado (a)							
21. Como cuidador, trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22. Siento que mi paciente me culpa por algunos de sus problemas.							

Entrevista de carga del cuidador de Zarit

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten algunos cuidadores de pacientes psiquiátricos. Después de leer cada afirmación, indique con una "X" la frecuencia con que usted se siente así.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. ¿Siente usted que su paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?					
3. ¿Se siente estresada/o al tener que cuidar a su paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej.: con su familia o en el trabajo).					
4. ¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su paciente?					
5. ¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su paciente?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su paciente?					
8. ¿Cree que su paciente dependen de usted?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?					
10. ¿Cree que la salud de Usted se ha deteriorado por cuidar a su paciente?					
11. ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar a su paciente?					
12. ¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades al cuidar de su paciente?					
14. ¿Cree que su paciente espera que usted sea la única persona que le cuide, como si nadie más pudiera hacerlo?					
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente y además cubrir otros gastos?					
16. ¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inició la enfermedad y el cuidado de su paciente?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?					
20. ¿Cree que debería hacer más por su paciente?					
21. ¿Cree que podría cuidar mejor a su paciente?					
22. En resumen, ¿se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su paciente?					

Escala de Afrontamiento

Instrucciones: le presentamos a continuación una lista de afirmaciones. Usted debe indicar con qué frecuencia se identifica con dichas afirmaciones. Especifique su respuesta poniendo una cruz (X) en el cuadro que corresponda con la opción con la que usted más se identifique. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Cuando se presenta una situación crítica con mi paciente:

	Nunca	Pocas nunca	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Acepto la situación pues es inevitable					
2. Deseo un milagro y ruego a Dios para que me ayude a resolver situaciones relacionadas con mi paciente.					
3. Rechazo la idea de que la situación es grave					
4. Algunas veces no hago lo que había planeado hacer en esa situación					
5. Analizo las circunstancias para saber qué hacer en esa situación					
6. Bromeo y tomo las cosas a la ligera					
7. Busco actividades para pensar en otra cosa					
8. Busco información con personas que saben					
9. Consulto sobre el problema con profesionales					
10. Controlo en todo momento mis emociones					
11. Hablo con mi familia para compartir emociones					
12. Hago como si mi paciente no estuviera enfermo					
13. Hago frente directamente a la situación					
14. Procuro que mi paciente siga las indicaciones médicas para que no empeore					
15. Pongo en marcha el plan de acción que he establecido					
16. Me es difícil describir lo que siento frente a esta situación					
17. Me fijo objetivos para solucionar el problema y lucho por alcanzarlos					
18. Me paseo para distraerme					
19. Participo más con el médico en el proceso de tratamiento de mi paciente					
20. Reflexiono sobre estrategias a utilizar					
21. Actuó siguiendo los consejos de otros cuidadores					
22. Tengo un plan preventivo para que mi paciente no empeore y lo sigo					
23. Trato de cambiar mis hábitos de vida en función del problema (trabajo, escuela, ejercicio, etc.)					
24. Trato de no pensar en el problema					
25. Trato de no precipitarme y de reflexionar sobre las acciones a seguir					
26. Trato de no sentir nada					

Inventario de Sintomatología Asociada al Estrés

Instrucciones: por favor, lea la siguiente lista y conteste marcando con una "X", la frecuencia con que usted ha experimentado ese síntoma en la última semana.

Síntomas	Nunca	Raras veces	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
1. Dolores de espalda o cuello	0	1	2	3	4
2. Fácil irritabilidad	0	1	2	3	4
3. Perdida o exceso de apetito	0	1	2	3	4
4. Sentirse sin ganas de comenzar nada	0	1	2	3	4
5. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
6. Escasas ganas de comunicarse	0	1	2	3	4
7. Presión en el pecho	0	1	2	3	4
8. Capacidad para adaptarse a situaciones nuevas	0	1	2	3	4
9. Dificultades para dormir	0	1	2	3	4
10. Sensación de cansancio mental	0	1	2	3	4
11. Dificultades sexuales	0	1	2	3	4
12. Poco tiempo para usted mismo	0	1	2	3	4
13. Erupciones en la piel, salpullidos	0	1	2	3	4
14. Fatiga	0	1	2	3	4
15. Pequeñas infecciones	0	1	2	3	4
16. Sentimientos de baja autoestima	0	1	2	3	4
17. Aumento en el consumo de alcohol o tabaco	0	1	2	3	4
18. Dificultad de memoria y concentración	0	1	2	3	4
19. Problemas gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dolor)	0	1	2	3	4
20. Ganas de estar sola	0	1	2	3	4
21. Problemas alérgicos	0	1	2	3	4
22. Estar con prisa	0	1	2	3	4
23. Presión arterial alta	0	1	2	3	4
24. Estar de mal humor	0	1	2	3	4
25. Padecer resfriados y gripes	0	1	2	3	4
26. Perdida del deseo sexual	0	1	2	3	4
27. Problemas con la voz (afonías, cambio de voz, garrasperas, etc.)	0	1	2	3	4
28. Relaciones sociales poco satisfactorias	0	1	2	3	4
29. Dificultad para controlar la agresividad	0	1	2	3	4
30. Cansarse rápido por cualquier actividad	0	1	2	3	4

ANEXO C
MANUAL DEL EVALUADOR

P r e s e n t a c i ó n

Este manual tiene por objetivo apoyar en la aplicación de la batería, a través de recomendaciones generales.

En los siguientes apartados encontrará usted una serie de recomendaciones así como una lista de palabras y expresiones relativamente poco usadas, que puede consultar cuando no esté seguro del significado de esas palabras.

Para asegurar que los resultados obtenidos con todos los sujetos que participan sea comparable y válida es preciso que sean evaluados bajo las mismas condiciones. Para ello, su papel como aplicador de los instrumentos es esencial.

Es imprescindible que Usted siga todas las indicaciones que se presentan en este manual y que ante cualquier duda consulte con su supervisor.

Recomendaciones generales

Se espera que los aplicadores actúen de la siguiente manera:

- Vestirse y actuar de manera sencilla, sin ostentación, con un comportamiento amable y cálido.
- Al llegar al lugar de la aplicación, lo primero que hará, será pegar los carteles que indiquen los sinónimos a algunas de las respuestas de la batería.
- Es importante antes de la aplicación, revisar que la batería se encuentre completa, esto es: 8 hojas engrapadas (incluyendo portada), que no exista repetición en los instrumentos, que las copias sean legibles, que no se encuentren contestadas y/o manchadas. En caso de presentar alguno de los inconvenientes antes mencionados, tomar otra batería y separar la rechazada.
- Usar lenguaje sencillo y accesible al proporcionar la información.
- De la misma forma, se le preguntará a los individuos a quienes se pretende evaluar, si son ellos los cuidadores principales o responsables del usuario de los servicios del hospital,
- Es importante que al contestar los cuestionarios, marque una “X” de buen tamaño y legible, procurar que no se utilice algún símbolo para contestar las preguntas.
- Al inicio, se debe indicar a las participantes que no se detengan por mucho tiempo en cada pregunta. Al contestar obedezcan a su primer impulso y sigan adelante. Informarles que es completamente inadecuado consultar con alguien

con respecto a lo que se debe de escoger, y que trata de experiencia personal. Una respuesta que no es la propia carece totalmente de valor.

- La aplicación de la batería tendrá una duración aproximada de hora y media
 - Habrá dos formas en la aplicación de las baterías: **Autoevaluación** (la misma persona contestará su batería, para esto, necesitará saber leer y escribir) y, **Aplicación asistida**. Una vez detectado que alguna persona no sabe leer ni escribir, se le pedirá sentarse en otro lugar donde se pueda hablar en voz alta sin interferir a los demás. El aplicador deberá ir leyendo cada una de las preguntas y sus posibles opciones y marcándolas en el documento. Deberá asegurarse de que la persona entienda lo que le está preguntando.
- No se pueden cambiar las preguntas.
- No se permite hacer comentarios en parejas o grupal, todas las dudas y/o preguntas deberán hacérselas al aplicador.

RECUERDE QUE EN LA APLICACIÓN, LO IDEAL ES NO INTERFERIR CON LAS RESPUESTAS DE LOS SUJETOS, SOLO PODRÁ ASISTIRLOS PARA ACLARAR SUS DUDAS RESPECTO A ALGUNOS TÉRMINOS QUE PUDIERAN NO TENER CLAROS.

ANEXO D

**MANUAL DEL PARTICIPANTE DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL**

Taller de intervención cognitivo conductual para cuidadores informales de pacientes psiquiátricos





BIENVENIDOS



Binvenid@ a este taller, el presente manual es un material que utilizarás durante todas las sesiones, es importante que escribas aquí tu nombre:

Este taller tiene la intención de mejorar tu calidad de vida

¿Cuáles son las reglas del taller?

Para que todos trabajemos mejor en todas las sesiones es importante establecer cuales son las reglas que hay y así hacer nuestra convivencia más amena.

- ✚ Es importante que usted asista a todas las sesiones.
- ✚ Sería conveniente que participara con su opinión en cada sesión.
- ✚ La puntualidad es fundamental.
- ✚ 15 minutos de iniciada la sesión ya no será permitido el acceso.
- ✚ Si no se ha concluido la sesión no será permitido salir del taller.
- ✚ La utilización del manual es básico.
- ✚ Es importante que usted realice todas las tareas que se les pide.
- ✚ Para hablar se pide que levante la mano.
- ✚ Respeto a los demás es fundamental.
- ✚ No será permitido el uso de celulares.
- ✚ La confidencialidad es un punto vital para este taller, todo lo que se trabaja en este taller no será divulgado.



¿Cuánto tiempo dura el taller?

Tiene una duración de ocho sesiones de ciento veinte minutos, es decir, dos horas cada una.

Evaluación y presentación

Objetivos:

- Que los participantes conozcan en que consiste el taller, así como, quien es el instructor.
- Que se de la primera evaluación que consiste en el levantamiento de datos reales con respecto a los participantes.
- Que los participantes conozcan y practiquen la respiración profunda, y la apliquen en la vida cotidiana.

Actividades

1. Evaluación
2. Presentación
3. Práctica de la relajación profunda.
4. Tarea.





A continuación... Relajación profunda

La respiración es un proceso esencial.
Gracias a esta producimos el oxígeno necesario para la vida.

Este tipo de relajación se hace de la siguiente manera:

- Es necesario sentarnos cómodamente, colocando nuestra mano izquierda sobre el abdomen y la mano derecha se coloca encima de la mano izquierda.
- Después, vamos a imaginarnos una bolsa vacía dentro de nuestro abdomen, justo debajo de donde están colocadas nuestras manos.
 - Vamos a comenzar a respirar poniendo atención a nuestra respiración y notamos como se va llenando de aire la bolsa y como va pasando este aire hasta llegar a los hombros. Se inspira durante 3-5 segundos.
- Vamos a mantener la respiración y repetimos internamente la frase “mi cuerpo está relajado”.
- Y por último, se va a exhalar el aire despacio, poco a poco, al mismo tiempo vamos a repetir indicaciones o sugerencias que nos relajen.

NOTA:

es conveniente que repita el ejercicio de respiración 4 o 5 veces seguidas. Es importante repetir el ejercicio diez

Los beneficios de la relajación profunda



- + Se oxigenan mejor los pulmones y aumenta nuestra cantidad de sangre.
 - + Mejora la capacidad para digerir los alimentos.
 - + Mejora de igual forma el sistema nervioso porque lo oxigena.
 - + Rejuvenece glándulas y la piel.
- + Los pulmones y el corazón tienden hacer más fuertes y sanos.
 - + Relajación muscular y mental.

Tarea 1

Leer el capítulo: ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? Y practicar la relajación profunda.

¿Qué es la Terapia Cognitiva Conductual?

Es una terapia psicológica que lleva un proceso ordenado, mediante el uso de diferentes estrategias y técnicas de pensamiento y comportamentales (conductas), enseñándole al cuidador que puede tener un bienestar y mejorar su calidad de vida.



Psicología



Terapia cognitivo conductual



Proceso ordenado



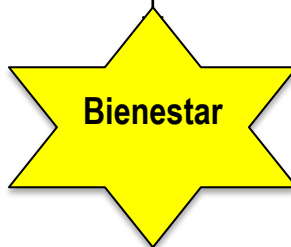
Estrategias y técnicas

Cognitivo

Conductual

Pensamientos/
ideas

Conductas/actos



¿Por qué cognitivo?

Se basa en lo que piensas y las ideas que tienes. Y en estas ideas están incluidas como observas las cosas y tu experiencia.



¿Y qué es un pensamiento?

Es esa información, esos datos relacionados en tu cerebro que se presentan como imágenes, sonidos, símbolos, emociones.

Ejemplo de pensamiento

**“¿Por qué mi familiar está enfermo?,
algo hice mal...”**

Nota: este pensamiento se puede presentar en



¿Por qué conductual?



Estudia como todos demostramos nuestras creencias y pensamientos en actos (conductas/formas de actuar y comportarnos).

¿Y qué es la conducta?

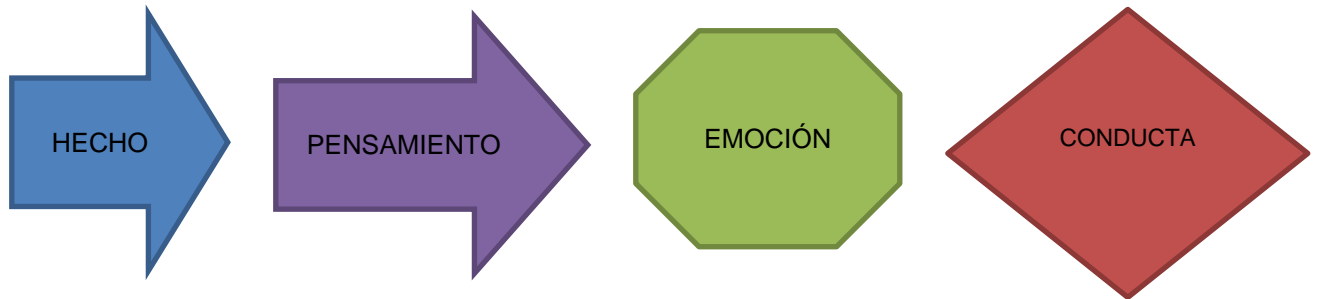
Es el conjunto de actos y/o comportamientos que realizamos todos los seres humanos.

Ejemplo de conducta

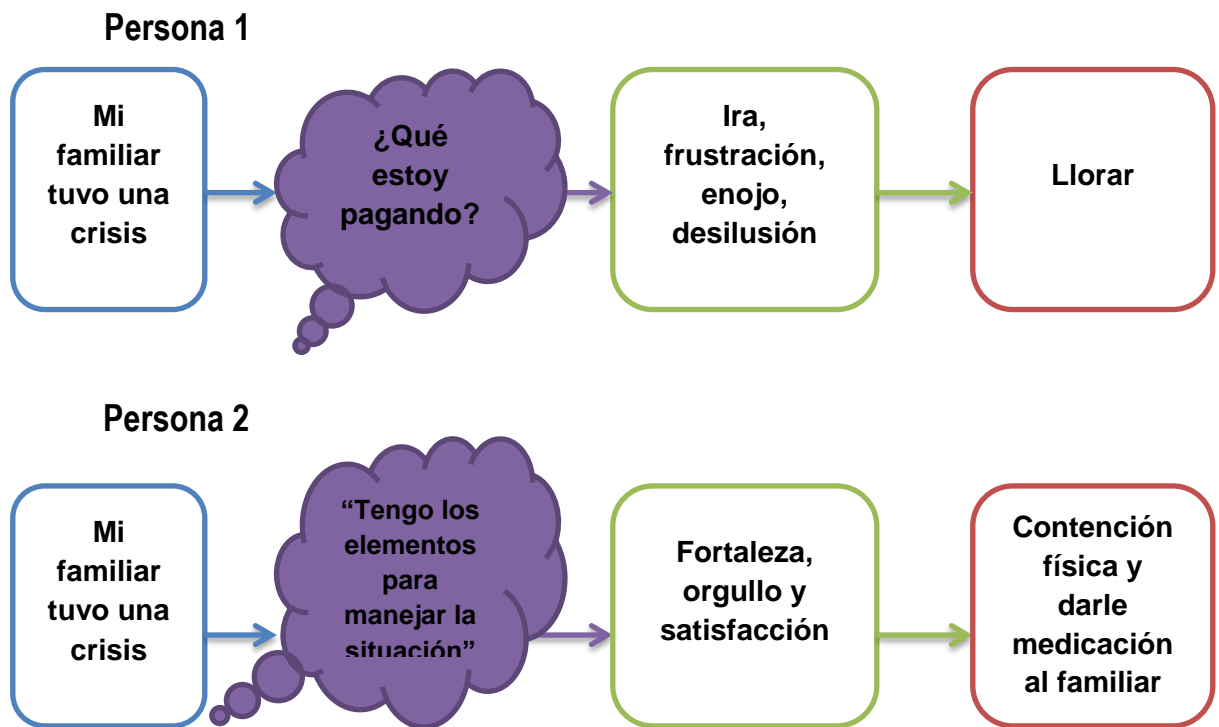
“Correr, comer, estudiar, hablar, caminar, limpiar, leer, golpear, gritar...”



Entonces...

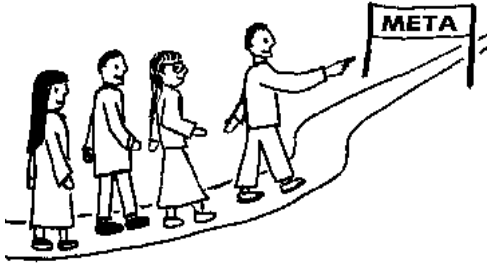


Ejemplos



La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) nos explica que siempre mediante una circunstancia se va a generar un pensamiento y este generará una emoción y una conducta.

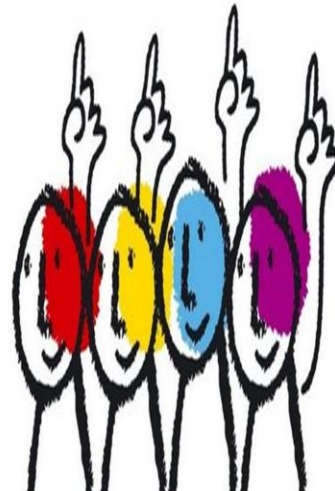
¿Y cuál es la meta de la TCC?



Que el cuidador logre una satisfacción mejorando la calidad de vida, mediante el estudio del pensamiento y el comportamiento.

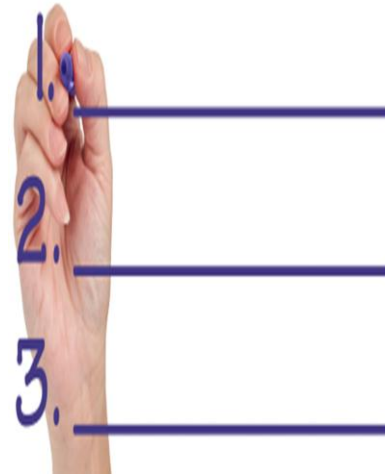
Características de la TCC

1. Es una terapia activa, es decir, el cuidador va a participar en conjunto con el terapeuta.
2. Es de corta duración, por lo tanto la sesiones son menos que en cualquier otra terapia.
3. Se centra en el problema y situación actual del cuidador.
4. Es psicoeducativa, es decir, se enseña y se da información que ayude a la situación actual del cuidador y su familiar.
5. El cuidador trabaja con la búsqueda de nuevas ideas.



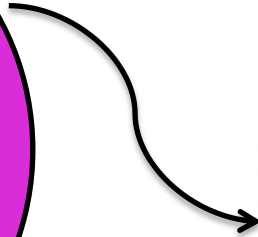
6. Esta terapia usa diversas técnicas cognitivas (pensamiento), conductual (actos) y emotivas (emociones).
7. La relación del paciente y terapeuta debe ser colaborativa. Y es necesario crear un vínculo entre ambos.
8. Se establece un número de sesiones determinadas desde el principio, es decir, entre el paciente y el terapeuta se ponen de acuerdo cuantas sesiones va a tener la terapia.
9. Al igual que el número de sesiones también se pacta con el terapeuta el tiempo de las sesiones.
10. Esta terapia se enfoca en trabajar en pequeñas metas claramente específicas elaboradas por el paciente con orientación del terapeuta.
11. Esta terapia ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos y a actuar en consecuencia.

Metas



TÁMBIEN...

La terapia Cognitivo Conductual es capaz de generar cambios en las redes neuronales, es decir, si tú pensamiento cambia, cambia tu



NOTA:

Aquí puedes hacer tus notas, poner tus dudas o lo que entendiste.

Tarea

Instrucciones: Durante la semana practica la relajación profunda las veces que te sea posible y llena el siguiente formato.

Nota: si no recuerdas los pasos de la relajación profunda revisa la página 6 de este manual.

Situación	Estrés antes 1-10	Estrés después 1-10	Dificultades en la relajación
El evento ¿qué fue lo que paso? Tiene que ser con respecto a alguna situación como cuidador.	<p>Qué tanto estrés sentiste antes de aplicar la relajación profunda. Colócala del 1 al 10.</p> <p>El número 1 es el número menor de estrés, y el número 10 es el número mayor de estrés.</p>	<p>Qué tanto estrés sentiste después de aplicar la relajación profunda. Colócala del 1 al 10.</p> <p>El número 1 es el número menor de estrés, y el número 10 es el número mayor de estrés.</p>	¿Qué problemas tuvo al realizar la relajación profunda?

Registro de tarea relajación profunda			
Situación	Estrés antes 1-10	Estrés después 1-10	Dificultades en la relajación

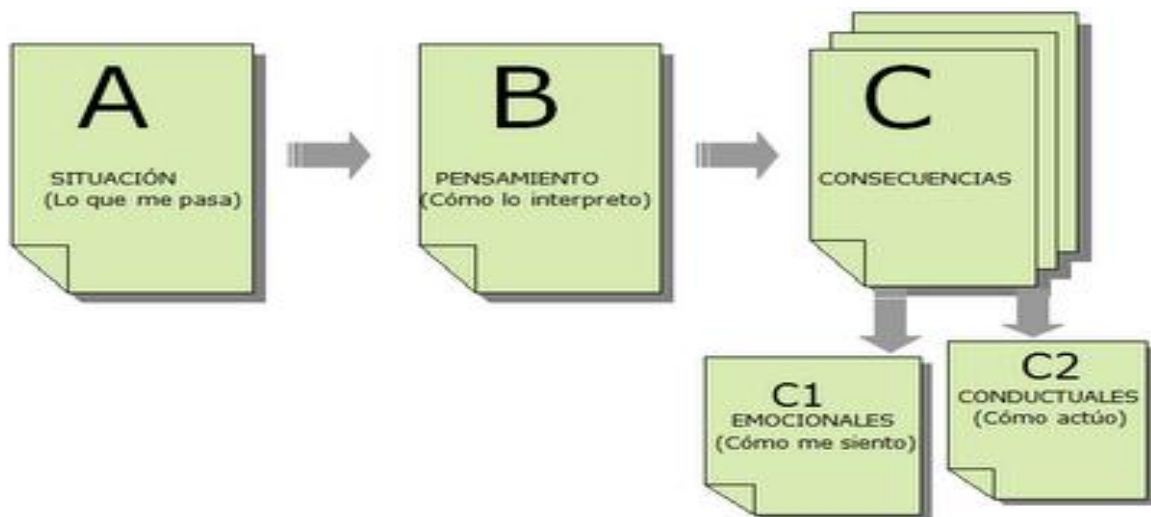
Terapia ABC de Ellis

Objetivos:

- Que los participantes comprendan la relación que hay entre los eventos, la percepción y la emoción/conducta.
- Que los participantes apliquen los principios del ABC a situaciones de la vida cotidiana que enfrentan como cuidadores.

Actividades

1. Revisión de tarea.
2. Terapia ABC de Ellis.
3. Ejemplo de la terapia ABC de Ellis.
4. Tarea.



Revisión de tarea:

¿Cuál es tú reflexión a partir de la tarea que hiciste?

TERAPIA ABC DE ELLIS

Es una teoría que pone énfasis en las cogniciones, es decir, en los pensamientos y creencias. Tomando en cuenta la importancia de las emociones y conductas.

A Acontecimientos activadores	B Pensamientos y creencias sobre A	C Consecuencias emocionales y conductuales	D Debate o cuestionamiento sobre los pensamientos y creencias B	E Efectos del debate
<p>Mi familiar se salió de la casa y no regresó en toda la noche.</p>	<p>“Se perdió o le paso algo muy malo”</p>	<p>Me sentí desesperado, triste, preocupado y ansioso. (Consecuencias emocionales).</p> <p>Le llamé 30 veces por teléfono y le marque a familiares y amigos. (Consecuencia conductual).</p>	<p>¿Qué pruebas tengo yo que le paso algo malo o que se perdió?</p> <p>-Nadie me ha avisado que le pasó algo y las malas noticias vuelan.</p> <p>-Ya ha hecho antes eso y regresa con bien.</p>	<p>Me sentí tranquilo. Deje de llamarlo y me dormí.</p>

Tarea 4

Instrucciones: Resuelve el siguiente formato sobre la teoría de ABC de Ellis con acontecimientos activadores con respecto a tu papel de cuidador durante la semana.

Recuerda que:

A	B	C	D Debate o cuestionamiento sobre los pensamientos y creencias B	E
Acontecimientos activadores	Pensamientos y creencias sobre A	Consecuencias emocionales y conductuales	Debate o cuestionamiento sobre los pensamientos y creencias B	Efectos del debate
<p>Es el evento o situación que desencadena un pensamiento y/o creencia B y por consiguiente una consecuencia emocional y conductual C.</p> <p>¿Qué paso?</p>	<p>Pensamientos o creencias que se hacen después sobre el acontecimiento activador.</p> <p>¿Qué paso por tu mente cuando A ocurrió?</p> <p>¿Qué estabas pensando cuando A ocurrió?</p>	<p>Alguna emoción y conducta como consecuencia del acontecimiento activador.</p> <p>¿Qué sentí cuando paso esto?</p> <p>¿Qué hice cuando paso esto?</p>	<p>Es el cuestionamiento de que tan valido es ese pensamiento o creencias B.</p> <p>¿Qué pruebas tengo?</p>	<p>Nuevas emociones o conductas después de debatir el pensamiento y creencias.</p> <p>¿Cómo me sentí después de hacer el debate?</p> <p>¿Qué hice después de que hice el debate?</p>

A Acontecimientos activadores	B Pensamientos y creencias sobre A	C Consecuencias emocionales y conductuales	D Debate o cuestionamiento sobre los pensamientos y creencias B	E Efectos del debate

Identificación de pensamientos irracionales y reestructuración cognitiva

Objetivos:

- Que los participantes reflexionen respecto a los sesgos cognitivos e ideas irracionales que se asocian a estados de estrés crónico y se los cuestionen a sí mismos.
- Que los participantes aprendan a identificar los pensamientos irracionales no solo en sesión, sino en su vida cotidiana.
- Que aprenda la reestructuración cognitiva y la apliquen en escenarios cotidianos.

Actividades

1. Revisión de tarea.
2. ¿Qué es un pensamiento irracional?
3. Cómo identificar un pensamiento irracional.
4. ¿Qué es la reestructuración cognitiva?
5. Cómo se hace la reestructuración cognitiva.
6. Tarea.



Revisión de tarea:

¿Cuál es tú reflexión a partir de la tarea que hiciste?

¿Qué es una creencia irracional?

Estos pensamientos son aquellos que surgen automáticamente, se podría decir que son los primeros que se nos viene a la mente, son evaluativos, absolutista (todo o nada) y dogmáticos. Y normalmente son expresados de manera rígida con términos como: debería de, tendría que, siempre y nunca. Lo más importante de estos pensamientos es que generan emociones negativas perturbadoras, es decir, te hacen sentir mal.



Los pensamientos
irracionales
provocan un
malestar

Ejemplo de pensamiento irracional

Pensamiento Irracional	Emoción	Evidencia	Gravedad de la consecuencia	Utilidad
<p>“Mi paciente nunca va a ser querido por nadie porque está enfermo.”</p>	<p>Tristeza</p>	<p>No es del todo cierto porque hay gente que quiere a mi paciente. Yo quiero a mi paciente. Estar enfermo no nos hace indignos de amor. No está probado en ningún lado que la gente enferma o con trastornos mentales no los quieran. Hay personas con trastornos mentales que son muy queridos, incluso hacen su familia. Es cierto que el trastorno dificulta muchas cosas pero nada es imposible.</p>	<p>Sí algunas vez ocurriera que nadie lo quiere, siempre lo querré yo. Ha habido otras personas en la misma situación y salieron adelante. Hay gente que no se casa o tiene familia pero son felices.</p>	<p>Pensar así solo me causa un malestar y tristeza, y no me ayuda a solucionar los problemas con mi paciente.</p>

Guía para identificar pensamientos irracionales

Pensamiento Irracional	Emoción	Evidencia del pensamiento	Gravedad de la consecuencia	Utilidad del pensamiento
<p>¿Qué fue lo primero que te paso por la mente...?</p> <p>¿Qué pensaste cuando ocurrió este problema?</p>	<p>¿Qué sentiste al pensar de esa forma?</p> <p>¿Tu pensamiento que te hizo sentir?</p>	<p>¿Es totalmente cierto este pensamiento?</p> <p>¿En qué pruebas me baso?</p> <p>¿Podría existir otra explicación u otra forma de pensar más realista?</p> <p>¿Es un hecho probado científicamente?</p>	<p>¿Serían tan terribles las consecuencias?</p> <p>¿Qué ocurriría si...?</p> <p>¿Hay otras personas a quienes les haya ocurrido y cómo lo han vivido?</p> <p>¿Podría encontrarme bien aun cuando esto sea así?</p>	<p>¿Qué consecuencias tiene para mí pensar así?</p> <p>¿Me ayuda a solucionar mis problemas?</p> <p>¿Me hace sentir bien?</p>

¿Qué es la reestructuración cognitiva?

Es un método de intervención perteneciente a la terapia cognitiva conductual, dicho método facilita recursos a los individuos para hacer frente a los problemas. Su objetivo es enseñar a las personas a pensar de diferente manera ante los problemas, lo ayuda a reducir emociones negativas producto de los pensamientos y de igual forma ayuda a reaccionar de modo adecuado para solucionar problemas.

En la reestructuración

Se cambia los pensamientos irracionales



Cómo se hace la reestructuración cognitiva

Esta se hace de la siguiente forma:

- Búsqueda de pensamientos irracionales.
- Evaluación y análisis de pensamientos automáticos.
- Búsqueda de pensamientos alternativos.

Ejemplo

Búsqueda de Pensamientos irracionales	Evaluación y análisis de pensamientos automáticos					Búsqueda de pensamientos alternativos
Pensamiento irracional	Emoción	Evidencia del pensamiento	Gravedad de la consecuencia	Utilidad del pensamiento	Emoción	
<p>“Mi paciente nunca va a ser querido por nadie porque está enfermo.”</p>	<p>Tristeza</p>	<p>No es del todo cierto porque hay gente que quiere a mi paciente. Yo quiero a mi paciente. Estar enfermo no nos hace indignos de amor. No está probado en ningún lado que la gente enferma o con trastornos mentales no los quieran. Hay personas con trastornos mentales que son muy queridos, incluso hacen su familia. Es cierto que el trastorno dificulta muchas cosas pero nada es imposible.</p>	<p>Sí algunas vez ocurriera que nadie lo quiere, siempre lo querré yo. Ha habido otras personas en la misma situación y salieron adelante. Hay gente que no se casa o tiene familia pero son felices.</p>	<p>Pensar así solo me causa un malestar y tristeza, y no me ayuda a solucionar los problemas con mi paciente.</p>	<p>Esperanza, alivio</p>	<p>Hay otras maneras de interpretar mi realidad como: Va ser un poco difícil que mi paciente establezca una familia propia, pero no es imposible y si no hace familia no quiere decir que sea infeliz. Yo le diría a un amigo que pensara así que: todas las personas pueden ser amadas. Una forma de afrontar sería platicar con mi paciente de manera relajada sobre lo que el quiere hacer con su vida o que le gusta hacer y enfocarme en el presente.</p>

Tarea 5

Instrucciones: Resuelve el formato sobre la teoría de ABC de Ellis con acontecimientos activadores con respecto a tu papel de cuidador durante la semana. La guía para contestar mejor el formato se encuentra en la página 43 de este manual. Y también resuelve el formato de reestructuración cognitiva que se encuentra abajo.

A Acontecimientos activadores	B Pensamientos y creencias sobre A	C Consecuencias emocionales y conductuales	D Debate o cuestionamiento sobre los pensamientos y creencias B	E Efectos del debate

Guía de reestructuración cognitiva

Recuerda que:

Búsqueda de Pensamientos irracionales	Evaluación y análisis de pensamientos irracionales					Búsqueda de pensamientos alternativos
Pensamiento irracional	Emoción	Evidencia del pensamiento	Gravedad de la consecuencia	Utilidad del pensamiento	Emoción	
<p>¿Qué fue lo primero que te pasó por la mente...?</p> <p>¿Qué pensaste cuando ocurrió este problema?</p>	<p>¿Qué sentiste al pensar de esa forma?</p> <p>¿Tu pensamiento que te hizo sentir?</p>	<p>¿Es totalmente cierto este pensamiento?</p> <p>¿En qué pruebas me baso?</p> <p>¿Podría existir otra explicación u otra forma de pensar más realista?</p> <p>¿Es un hecho probado científicamente?</p>	<p>¿Serían tan terribles las consecuencias?</p> <p>¿Qué ocurriría si...?</p> <p>¿Hay otras personas a quienes les haya ocurrido y cómo lo han vivido?</p> <p>¿Podría encontrarme bien aun cuando esto sea así?</p>	<p>¿Qué consecuencias tiene para mí pensar así?</p> <p>¿Me ayuda a solucionar mis problemas?</p> <p>¿Me hace sentir bien?</p>	<p>¿Qué sentiste después de evaluar y analizar tu pensamiento irracional</p>	<p>¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad?</p> <p>¿Hay otras maneras de hacerlo? ¿cuáles?</p> <p>¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos tipos de pensamientos? ¿Por qué?</p> <p>¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez? ¿qué?</p> <p>¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?</p>

Formato para llenar de reestructuración cognitiva

Búsqueda de Pensamientos irracional	Evaluación y análisis de pensamientos irracional					Búsqueda de pensamientos alternativos
Pensamiento irracional	Emoción	Evidencia del pensamiento	Gravedad de la consecuencia	Utilidad del pensamiento	Emoción	

Terapia de solución de problemas

Objetivos:

- Promover la identificación de problemas que se asocian a malestar subjetivo en la tarea de cuidador.
- Brindarle herramientas al cuidador para la búsqueda de opciones para solucionar problemas.

Actividades

1. Revisión de tarea.
2. Terapia de solución de problemas
3. Tarea.



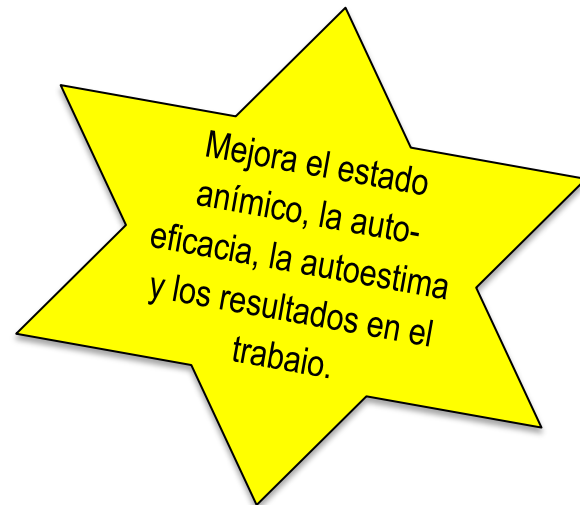
Terapia de Solución de Problemas



Es una intervención cognitiva conductual que ayuda a aumentar la habilidad del cuidador para solucionar problemas, es decir, para afrontar experiencias estresantes de su vida, para así después identificar y poner en marcha la posible solución.

Pasos de la Terapia Solución de Problemas

1. Orientación general: este primer paso nos habla de que antes de intentar solucionar el problema desarrollemos una actitud positiva hacia la situación-problema.
2. Definición y formulación del problema: en este paso se recolecta información relevante sobre el problema, pero información a partir de hechos, no de interpretaciones y supuestos. Información que sea real. Aceptar la realidad del problema y posteriormente se va a establecer metas realistas y aceptar que a veces el problema no puede ser resuelto.
3. Generación de alternativas de solución: buscar que alternativas tenemos. Cuantas más soluciones mayor probabilidad de encontrar una apropiada.
4. Toma de decisiones: Ya que tenemos el número de soluciones, se procede a valorar las diferentes alternativas. Ver ventajas e inconvenientes de las decisiones y tomar la decisión.



ANEXO E
EJEMPLO DE FORMATO DE INTEGRIDAD DE TRATAMIENTO

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SESIÓN 1

Taller de Reducción de estrés para cuidadores informales de pacientes psiquiátricos

INSTRUCCIONES:

1. La lista se compone de dos columnas, una con enunciados (a la derecha) y una sin datos (a la izquierda). Cada enunciado da cuenta de una actividad general (identificada por un espacio oscuro a la izquierda) o una específica (espacios claros).
2. Al final de la lista hay una serie de indicaciones complementarias.
3. Leo antes del comienzo de la sesión las actividades enlistadas en el instrumento y las indicaciones complementarias.
4. Registro mi nombre, el nombre del terapeuta, la fecha, el número de participantes y la hora de inicio de la sesión.
5. Observo la sesión y a la par verifico si cada actividad específica se realiza o no.
6. Si se realiza la actividad específica, marco con una palomita (/) la casilla ubicada a la izquierda del enunciado correspondiente; de lo contrario la marco con un tache (x).
7. Registro el tiempo que dura cada actividad general.
8. Registro la hora en que termine la sesión.
9. Efectué las indicaciones complementarias en los espacios que se brindan.
10. Escribo mi nombre y firma sobre la línea al final de este instrumento.

Nombre del observador:					
Nombre del terapeuta:					
Número de participantes:				Hora de inicio:	
Fecha:	Día:	/Mes:	/Año:	Hora de termino:	

✓ / X	Actividad			
	1. Bienvenida y presentación			
	2. Encuadre			
	2.1. Establecer el encuadre del taller:			
	2.1.1. Segunda actividad que se realiza en esta sesión.			
	2.1.1. Dura 10 minutos	Tiempo que duró:	min.	
	2.2. El terapeuta establece el encuadre del taller:			
	2.2.1. Uso del manual del participante.			
	2.2.2. Uso del discurso.			
	2.3. En el encuadre se explicara:			
	2.3.1. Número de sesión (8 sesiones aproximadamente).			
	2.3.2. Horas de la sesión (2 horas un día/viernes).			
	2.3.3. Como se va a trabajar (cognitivo-conductual).			

	2.3.4. Objetivos del taller.		
	2.3.5. Reglas del taller.		
	2.3.6. Uso del manual.		
	2.4. El terapeuta interactúa con los participantes:		
	2.4.1. El terapeuta pregunta a los participantes si están de acuerdo.		
	2.4.2. El terapeuta escucha las sugerencias de los participantes.		
	2.5. El terapeuta resalta la importancia de:		
	2.5.1. El respeto por parte de los participantes hacia el proceso terapéutico.		
	2.5.2. El respeto de los participantes hacia los demás compañeros.		
	2.5.3. La confianza por parte de los participantes hacia el proceso terapéutico.		
	2.5.4. La confianza por parte de los participantes hacia los compañeros.		
	2.5.5. La asistencia.		
	2.5.6. La importancia de la participación de los participantes.		
	2.5.7. La importancia de la realización de la tarea.		
	2.5.8. La puntualidad (15 min. de tolerancia).		
	2.6. El terapeuta aclara que sólo se tiene derecho a faltar:		
	2.6.1. A faltar 2 veces.		
	2.6.2. Ante causas de fuerzas mayores.		
	2.7. El terapeuta se asegurará que todo quedo claro.		
	2.7.1. El terapeuta contestará en el momento las dudas y preguntas que surjan de los participantes.		
	2.7.2. El terapeuta preguntará si todo quedo claro.		
	3. Agenda del día		
	3.1. Dar a conocer la agenda de la sesión:		
	3.1.1. Tercera actividad que se realiza en esta sesión.		
	3.1.2. Dura 5 minutos	<i>Tiempo que duró:</i>	min.
	3.2. El terapeuta muestra la agenda del día.		
	3.2.1. Uso de equipo electrónico.		
	3.2.1.1. Proyector.		
	3.2.1.2. Computadora/laptop.		
	3.2.1.3. Diapositivas/laminas de power point.		
	3.3. El terapeuta dará a conocer las actividades que se realizarán en sesión.		
	3.3.1. En la agenda estará las actividades de:		
	3.3.1.1. Exposición del Trastorno Límite de la Personalidad impartida por el Dr. Muñiz.		
	3.3.1.2. El terapeuta brindará herramientas de conciencia.		
	4. Exposición del Trastorno Límite de la Personalidad.		
	4.1. Exposición del trastorno límite de la Personalidad impartido por el Dr. Muñiz:		
	4.1.1. Cuarta actividad que se realiza en esta sesión.		
	4.1.2. Dura 60 minutos	<i>Tiempo que duró:</i>	

			min.
	4.2. El terapeuta dará la introducción a la exposición:		
	4.2.1. El terapeuta presentará al Dr. Muñiz.		
	4.2.2. El terapeuta explicará de que va hablar el Dr. Muñiz.		
	4.2.3. El terapeuta estará al pendiente del tiempo de la exposición.		
	4.3. El terapeuta se asegurará que todo quedo claro.		
	4.3.1. El terapeuta y/o el Dr. Muñiz contestará en el momento las dudas y preguntas que surjan de los participantes.		
	4.3.2. El terapeuta preguntará si todo quedo claro.		
	4.4. El terapeuta dará el cierre de exposición.		
	4.4.1. El terapeuta agradecerá al Dr. Muñiz por su colaboración.		
	5. Brindar herramientas de conciencia		
	5.1. Brindar las herramientas de conciencia:		
	5.1.1. Quinta actividad que se realiza en esta sesión.		
	5.1.2. Dura 40 minutos	<i>Tiempo que duró:</i>	min.
	5.2. El terapeuta explicará que son las herramientas de conciencia:		
	5.2.1. Uso del discurso		
	5.3. El terapeuta explicara:		
	5.3.1. Qué son las habilidades de conciencia.		
	5.3.2. Cuáles son las habilidades “que”		
	5.3.3. El terapeuta pondrá ejemplos para explicar mejor.		
	5.4. El terapeuta interactúa con los participantes:		
	5.4.1. El terapeuta escucha las inquietudes de los participantes.		
	5.4.2. El terapeuta escucha los ejemplos de los participantes.		
	5.5. El terapeuta resalta la importancia de:		
	5.5.1. De las habilidades de conciencia.		
	5.5.2. De las habilidades “que”		
	5.5.3. Practicar las habilidades en la vida diaria.		
	5.5.4. Ejercitar dichas habilidades.		
	5.5.5. Realizar la tarea.		
	5.6. El terapeuta se asegurará que todo quedo claro.		
	5.6.1. El terapeuta contestará en el momento las dudas y preguntas que surjan de los participantes.		
	5.6.2. El terapeuta preguntará si todo quedo claro.		
	5.7. El terapeuta dejará tarea:		
	5.7.1. El terapeuta les pedirá a los participantes practicar y ejercitar las habilidades de conciencia.		
	5.8. El terapeuta dará el cierre del tema.		
	5.8.1. Recapitulará de manera muy breve las habilidades de conciencia.		
	5.8.1. Recapitulará de manera muy breve las habilidades “que”.		
	6. Cierre		
	6.1. Se dará el cierre de sesión:		
	6.1.1. El terapeuta recapitulará de manera muy breve lo que se vio en la		

	sesión.
	6.1.2. El terapeuta agradecerá a los participantes la asistencia y la participación en esta sesión.
	6.1.3. El terapeuta invitará a los participantes a seguir asistiendo a las demás sesiones.

Preguntas complementarias

Mencione técnicas alternativas de las que se valió el terapeuta para lograr los objetivos del programa.
Mencione dificultades técnicas para el cumplimiento de las actividades del programa.
Mencione características de los participantes del grupo que limitaron el cumplimiento del programa.
Mencione habilidades en el desempeño del terapeuta que facilitaron el logro de los objetivos.
Mencione debilidades en el desempeño del terapeuta que limitaron el logro de los objetivos.
Mencione situaciones ambientales que dificultaron el logro de los objetivos.

Nombre y firma de quien recabo la información

Formato obtenido de: Beltrán, M. (2011). *Investigación sobre la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual dirigido a adolescentes deprimidos y a sus padres*. México: tesis doctoral-UNAM.

ANEXO F
CARTAS INSTITUCIONALES DE ACEPTACIÓN

Comité de Ética en Investigación

*"2013, Año de la Lealtad Institucional y
Centenario del Ejército Mexicano"*


Ref. CEI/C/069/2013.

Noviembre 25, 2013.

Dr. Francisco Javier Rosas Santiago
Investigador Principal
Presente

Por medio de la presente me permito informarle que el proyecto titulado:
*"Efectos de una intervención cognitivo conductual en cuidadores de pacientes
con trastorno límite de la personalidad"*, ha sido **APROBADO** por el Comité, ya
que se considera que cumple con los requerimientos éticos y metodológicos
establecidos.

Atentamente,



Lic. María Teresa López Jiménez
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Mtra. en Psic. Guillermina Natera Rey, Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.-Presente.
Dra. Asunción Lara Cantu, Jefa del Departamento de Modelos de Intervención.-Presente
Dr. Carlos Berlanga Cisneros, Subdirector de Investigaciones Clínicas y Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente.



SECRETARIA DE SALUD

C. G. - 2

DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD COORDINACION DE INSTITUTOS SUBSECRETARÍA DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD SECRETARÍA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"
DIRECCIÓN	SUBSECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN INVESTIGACIÓN Y SANIFICACIÓN
OFICINA	SECRETARIA DE INVESTIGACION SEIC/JI/ /2013.
NÚMERO DEL OFICIO	
SUBSECTOR	

ASUNTO:

El que se indica

México, D.F. a 3 de septiembre del 2013

MTRO. FRANCISCO JAVIER ROSAS SANTIAGO
INVESTIGADOR PRINCIPAL
PRESENTE.

Con el presente le informo a usted que el protocolo de investigación titulado **"EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS"** del cual es investigador principal ha sido revisado por el Comité de Ética en Investigación y por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", quienes han dado **dictamen de aprobar el protocolo**

Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"HOMBRE SOY Y NADA HUMANO ES AJENO A MI"

DR. CARLOS J. CASTAÑEDA GONZÁLEZ
Presidente del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

1 cop. Archivo del Ética en Investigación

CALLE NÚMERO CINCUENTA Y SEIS, COLONIA ALVARO OBREGÓN, P. O. BOX 7000, MÉXICO, D.F. TEL. 5623-1000 FAX: 5623-1001

AL CIENTÍFICO INVESTIGADOR, CORTADO LOS
ANILLOS Y ENTREGADO POR EL COMITÉ DEL
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES