



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“Afrontamiento y ansiedad del cuidador primario
de pacientes en estado de postración”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ARIANNA GABRIELA CEDILLO TORRES

DIRECTORA:

MTRA. GUADALUPE B. SANTAELLA HIDALGO

REVISORA:

MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD

Ciudad Universitaria, México, D. F. Enero 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mis papás

Por su paciencia, tolerancia, comprensión en la culminación de este gran sueño, por su gran apoyo incondicional que me ha permitido alcanzar una de mis metas, por estar siempre conmigo, escucharme y darme palabras de aliento, por brindarme sustento, cariño y fortaleza. Mami Lupita y papi Héctor son un gran ejemplo de vida, ya que sin ustedes no estaría presentando este bello proyecto y recibir el título como psicóloga, los amo y este logro también es de ustedes.

A mis hermanos

Gracias Sandy, Héctor, Oscar y Gaby por acompañarme y compartir muchas experiencias de vida, ustedes son un gran muestra de profesionalismo y dedicación, por mostrarme el deseo de lograr lo que uno se proponga, por su complicidad, cariño, respeto, alegrías y tristezas, los quiero mucho hermanitos, gracias!.

A mis abuelitos

Abuelita Imelda† y abuelito Finito esta tesis está realizada con mucho amor y pensada en ustedes, gracias por lo que me enseñaron y por compartir pláticas, risas, abrazos, y gracias a Dios me dio la oportunidad de conocerlos.

A mis tíos y tías maternas y paternas

Gracias a todos mis tíos y tías por ser parte de una gran familia, por su apoyo moral, gracias tía Carmelita Cedillo por proveernos de su abundancia y cariño.

*A todos los familiares y pacientes del programa atención domiciliar del
Hospital Vicente Guerrero.*

Sin su ayuda y participación no se hubiera podido realizar este proyecto, gracias a todos los familiares y pacientes que me dieron la oportunidad de entrar a sus hogares y darles un poco de consuelo, ayuda profesional, sensibilidad y humanismo, escucharlos y apoyarlos en un momento complicado como lo es cuidar a un familiar con una enfermedad crónica degenerativa o terminal.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por ser el guía en todas y cada una de mis decisiones, estar junto a mí, iluminando mi camino llenando mi vida de bendiciones que hoy se refleja en mis logros, colocándome siempre en los momentos, personas y lugares correctos para la realización de un hermoso sueño ya manifestado.

A la UNAM y a la Facultad de Psicología

Entrar a tu casa fue uno de los logros más importantes, sentirme parte de la máxima casa de estudios es un orgullo y un privilegio estar en una de las mejores universidades del mundo. En mi estancia dentro de la Facultad de Psicología viví la etapa más importante y maravillosa de mi vida.

A mi directora de tesis Guadalupe Santaella Hidalgo

Gracias por compartir sus conocimientos, su tiempo y su espacio para que se pudiera llevar a cabo esta investigación.

A mi revisora Mtra. Martha Cuevas Abad

Le agradezco su paciencia, tolerancia y escucha en este proceso que es la tesis, por animarme a seguir sin importar los obstáculos que se presentaran.

A mis Sinodales

Gracias Mtra. Alicia Migoni Rodríguez, Mtra. Cristina Heredia Ancona y Mtra. Alma Mireia López-Arce por sus excelentes aportaciones y les agradezco su orientación y dedicación al leer este proyecto de investigación.

A la Dra. Guadalupe Grijalva

Le agradezco infinitamente que me haya dado la oportunidad de entrar al Hospital General Zona No.47 Vicente Guerrero del IMSS para la realización de

este gran proyecto. Gracias por compartir su inteligencia, talento, sensibilidad, humildad, profesionalismo y sobre todo ser una gran mujer, incluso mostrarme el gran humanismo de los Cuidados Paliativos, además darme desde antes el título de Psicóloga en su programa de atención domiciliaria.

También le agradezco a los demás integrantes de su equipo atención domiciliaria a Maribel Acevedo enfermera y Luisito chofer del programa, por todas las aventuras que pasamos a lo largo de cuatro meses, compartiendo sus experiencias, conocimientos y sencillez. ¡Muchas Gracias!.

A Paulina y su familia Rendón Sánchez

A ti Pau también te dedico y te agradezco el haber participado en este sueño que hoy se ha concretado, pero sobre todo por haberme permitido compartir todos esos inolvidables momentos a tu lado de desvelo, risas, enojos, frustraciones, alegrías, con tu gran cariño y profesionalismo, gracias por haberme mostrado diferentes horizontes, por orientarme cuando más lo necesitaba, que me hayas alentado a seguir en este proyecto, no tengo palabras para agradecerte infinitamente lo que has hecho por mí incondicionalmente. Gracias por formar parte de mi vida. TQMM!!!

Le agradezco mucho Tanatóloga y amiga Soledad Sánchez Reséndiz por compartir sus experiencias de vida a lo largo de estos 3 años, su conocimiento, su esencia, sus risas, por ser autentica, apasionada y entregada en su trabajo, y que me haya mostrado el mundo de la Tanatología, Cuidados Paliativos y escucha experiencial, muchas gracias por haber participado directamente e indirectamente en este gran proyecto al igual que a toda su familia a su esposo Lic. Crispin Padilla, Moni, Ferrus y Rafa.

A mis amigas(os)

Gracias Noemicita, Itzelín, Verito, Kikita, Kikota, Ale, Nidy, Chio, Guada, Pau, Nadia Comanecci, Toñito, Moises, Pepelú, Normiux y a todas las personas que me han ofrecido su amistad; le agradezco a la vida por tener amistades verdaderas que se han fortalecido a lo largo de estos 7 años que hemos crecido juntas y compartido una vida, gracias por el tiempo compartido en mi oficina del Edificio "C", en las privaciones de sueño, en las convivencias, etc., esos recuerdos permanecen y permanecerán en mi corazón, mil gracias porque he aprendido de todas ustedes, son una gran parte de mi crecimiento profesional y personal. Las quiero mucho chicas(os) yeyé!

¡A TODOS MUCHAS GRACIAS!

¡LO LOGRE!

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. Enfermedades crónico degenerativas	11
1.1 Características de las enfermedades crónicas	11
1.2 Tipos de enfermedades crónico-degenerativas	12
1.3 Evolución de la enfermedad	15
1.4 Epidemiología	15
1.5 Esperanza de vida	17
1.6 Causas de Mortalidad	19
1.6.1 Mortalidad en niños menores de un año	19
1.6.2 Mortalidad en niños de 1-4 años	20
1.6.3 Mortalidad en niños edad escolar 5-14 años	20
1.6.4 Mortalidad en edad reproductiva 15-49 años	21
1.6.5 Mortalidad en adultos maduros 50- 64 años	21
1.6.6 Mortalidad en adultos mayores 65 años en adelante	22
1.7 Consecuencias económicas y sociales de la enfermedad	25
1.8 Consecuencias físicas de la enfermedad	27
1.9 La enfermedad en la familia	29
1.10 Alteraciones en los roles y funciones familiares ante la enfermedad	32
1.11 Alteraciones de la respuesta emocional y cognitiva de la familia ante la enfermedad	34
1.12 Rol del cuidador primario	35
1.13 Impacto de la enfermedad en el nivel socioeconómico	36
1.14 Impacto de la enfermedad en las diferentes etapas de la vida	37
1.14.1 Impacto de la enfermedad en el adulto joven 15 – 49 años	37

1.14.2	Impacto de la enfermedad en los años medios 50 – 64 años	38
1.14.3	El impacto de la enfermedad en la ancianidad 65 años en adelante	39
CAPÍTULO II.	Cuidador primario	42
2.1	Definiciones de cuidador primario	42
2.2	Perfil del cuidador primario	44
2.3	Perfil de riesgo del cuidador primario	48
2.4	Tareas del cuidador primario	49
2.5	Implicaciones del cuidador primario	53
2.5.1	Problemas físico del cuidador primario	54
2.5.2	Problemas psicoemocionales del cuidador primario	55
2.5.3	Problemas socio-económicos del cuidador primario	57
2.5.4	Problemas familiares problemas del cuidador primario	59
CAPÍTULO III.	Ansiedad y Afrontamiento	61
3.1	Ansiedad	61
3.1.1	Aproximaciones teóricas de la ansiedad	64
3.1.2	Tipos de ansiedad	66
3.1.3	Síntomas de la ansiedad	69
3.1.4	Ansiedad en cuidadores primarios	72
3.2	Estrés	73
3.2.1	Perspectivas teóricas del estrés	75
3.2.2	Estresores	82
3.2.3	Estrés y Enfermedad	83
3.2.4	Tipos de Estrés	85
3.2.5	Síntomas de estrés (distrés)	86
3.2.6	Estresores en los cuidadores primarios	86

Consideraciones éticas	124
CAPÍTULO V. Resultados	125
CAPÍTULO VI. Análisis y Discusión de los resultados	140
CAPÍTULO VII. Conclusiones, limitaciones y sugerencias	150
REFERENCIAS	155
ANEXOS	172
Anexo 1. Carta Consentimiento Informado	173
Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico	174
Anexo 3. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	176
Anexo 4. Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación española por Cano, Rodríguez y García, 2006)	178

RESUMEN

Las enfermedades crónico-degenerativas implican en sí mismas largos periodos, que afectan el estado de salud y el funcionamiento psicológico del paciente principalmente si se encuentra en estado de postración, condición que además de tener un gran impacto sobre el cuidador primario, genera repercusiones en su vida cotidiana.

El objetivo de la presente investigación fue; determinar el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento que emplea el cuidador primario ante la enfermedad crónico- degenerativa de un familiar, en estado permanente de postración, evaluar los niveles de ansiedad y describir si existe correlación entre ambas variables.

Participaron 60 cuidadores primarios de pacientes en estado de postración afiliados al programa de atención domiciliaria a enfermos crónicos degenerativos y terminales **(A.D.E.C)** del Hospital General Zona No.47 Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

Se les aplicó un cuestionario sociodemográfico, el *Inventario de ansiedad de Beck (BAI)* Robles; Varela; Jurado y Páez (2001) y el Inventario de Estrategias de afrontamiento adaptación española por Cano, Rodríguez y García (2006).

Los resultados obtenidos para esta muestra en cuanto a la ansiedad indican que el 28% de ellos se encuentra en un nivel moderado de ansiedad.

Finalmente, los datos confirman que el nivel de ansiedad correlaciona con diferentes estrategias de afrontamiento: Resolución de problemas, Autocrítica, Pensamiento desiderativo y Retirada Social.

Palabras clave: Enfermedades crónico-degenerativas, cuidador primario, ansiedad y afrontamiento.

INTRODUCCIÓN

La salud es el bien máspreciado de la humanidad y la principal riqueza que pueda poseer una persona. En la actualidad, el avance científico en la medicina y el cuidado sobre algunas condiciones de vida, han llevado a cambiar los patrones de morbilidad de la población mexicana, situación que ha modificado el perfil de las enfermedades infecto-contagiosas a crónico-degenerativas; esto quiere decir que en nuestro país, en este siglo XXI, según datos reportados por el INEGI entre los años 2000 y 2008 cada vez son más personas las que padecen enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y diabetes mellitus, trastornos que han encabezado las listas de mortalidad en los últimos años.

Los datos provenientes de los cubos dinámicos de mortalidad (1979–2009) que presenta la Dirección General de Información en Salud, menciona que las enfermedades cardiovasculares, incrementaron su tasa de 84.7 a 96.8 (14.3%); los tumores, ascendieron de 66.2 a 67.7 (2.3%), sobresalen el cáncer de mama y el cérvico uterino en la mujer, así como el de próstata en los hombres; la diabetes mellitus se presenta como tercera causa y se va del 41.4 a 64.3, lo que representó un aumento significativo de 55.3%, entre muchas más. SINAIS (2010)

Padecimientos que modifican el estilo y la calidad de vida del paciente, afectando todos los aspectos de su existencia y la de su familia, dado que probablemente persistirán por largo tiempo y que por tanto pueden ser causa potencial de alteraciones y demandas de atención antes de que se presente el desenlace final.

Quién padece la enfermedad se enfrenta a condiciones de frustración, ira, negación, depresión, en tanto que, la familia tiene que tomar decisiones muy importantes y difíciles, como reorganizarse, replantear expectativas y adecuar sus metas y objetivos a la situación del familiar, ya que el tratamiento de un enfermo

crónico-degenerativo en estado de postración no sólo involucra a éste, sino también de forma fundamental a los demás integrantes de su familia, principalmente al cuidador primario, persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas del enfermo, tales como: alimentación, aseo, micción, defecación, además de apoyo psicosocial, lo que exige supervisión constante en su domicilio y la atención permanente, condiciones que originan que los cuidadores primarios con frecuencia interrumpen sus propias actividades, descuiden su salud y limiten su vida social, lo que trae con el tiempo repercusiones negativas en su propia calidad de vida (Reyes, Garrido, Torres y Ortega, 2010).

El cuidador de un paciente es un elemento clave del triángulo terapéutico equipo-paciente-familia, porque le ayuda a satisfacer sus necesidades, resolver una buena parte de sus problemas y le ofrece diversos apoyos para que pueda afrontar mejor su padecimiento.

Es el mayor informador del equipo sanitario sobre cómo se encuentra su enfermo, sabe de los tratamientos, la forma cómo se alimenta y toma los medicamentos y el principal soporte emocional proviene de él, incluso es quién mayor participación tiene en la adherencia terapéutica y en la toma de decisiones.

Sin embargo, dentro de las causas de sufrimiento más reconocidas en los cuidadores primarios está la tarea asistencial. Puesto que implica: observar el deterioro del paciente, en especial de tipo cognitivo, físico, y los vínculos afectivos con éste, la naturaleza irreversible de la situación que implica la muerte próxima, la estrechez económica y no saber cómo actuar en las diferentes fases (Wenk y Monti, 2006).

En la mayoría de las veces la función del cuidador primario no es siempre reconocida, no se toman en cuenta los factores estresantes a los que está sometido día a día y mucho menos se percata de la existencia de problemas de salud que puedan deteriorarlo, con frecuencia experimenta ansiedad; y deberían implementar una serie de estrategias de afrontamiento.

Como resultado de la función que desempeña el cuidador primario, este enfrenta un conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionales y sociales derivados de una gran responsabilidad frente a la atención y cuidados que prodiga al paciente en estado de postración; en consecuencia esto conlleva a la generación de respuestas psicológicas complejas que actúan como mecanismos cognitivos y conductuales (pensamientos y comportamientos conocidos como afrontamiento), para resolver las situaciones demandantes de los recursos del individuo; si bien algunos de estos recursos agravan más la carga y/o estrés.

Por tanto, teniendo en cuenta que es un grupo vulnerable es importante en la disciplina de la psicología abordar este tipo de temas para mejorar el bienestar de cada cuidador primario, fortalecer sus redes sociales, tener un mayor vínculo emocional con los demás integrantes de la familia, ser asertivos en la toma de decisiones, brindarles herramientas para reducir los niveles de ansiedad obteniendo una mejor adaptación a las fuentes de estrés. Además es importante trabajar con el cuidador primario en los duelos complicados, los riesgos de claudicación emocional y las dificultades para asumir la enfermedad y la muerte.

Es primordial por ello involucrar al equipo de salud de una manera integral realizando un abordaje de intervención primaria; encaminada a favorecer la calidad de vida de cada cuidador primario.

Así mismo, es importante realizar un abordaje preventivo para elaborar programas de apoyo psicológico específico para los cuidadores primarios, proporcionar información y atención adecuada a sus demandas y necesidades, entre otras: apoyo psicoeducativo en el proceso de la enfermedad del paciente en estado de postración, espacios para el manejo de emociones y adquisición de estrategias sobre habilidades sociales y resolución de problemas, relacionadas con los padecimientos crónico-degenerativos.

Al investigar sobre los niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento se pretende aportar conocimientos para diseñar y tomar medidas de prevención ante enfermedades como la depresión, la ansiedad patológica, trastornos de

personalidad, etc.; que provocan severas consecuencias en la salud y erosionan la calidad de vida personal y laboral de cada cuidador primario, acción que a su vez redituaria sobre los cuidados oportunos a su familiar con enfermedad crónico-degenerativa.

El presente trabajo está estructurado con base en siete capítulos. El primer capítulo titulado “*Enfermedades Crónico- Degenerativas*” ofrece una breve explicación de la definición, los tipos de enfermedades crónico degenerativas que prevalecen y afectan a la población mexicana, además los impactos de la enfermedad en las diferentes etapas del ciclo de la vida y las consecuencias tanto físicas, psicológicas, económicas, laborales y sociales del proceso de la enfermedad tanto en la persona que la padece como en la familia.

Posteriormente en el capítulo II, “*Cuidador Primario*” se abordaron las características generales del perfil del cuidador primario, las principales actividades que realiza ante un paciente en estado de postración, y los problemas psicológicos que primordialmente manifiestan al estar a cargo de un familiar enfermo.

Después, el capítulo III, “*Ansiedad y Afrontamiento*” revisa la definición de ansiedad, la etiología, los tipos de ansiedad y síntomas; haciendo hincapié en el concepto de estrés, los diferentes estresores en el cuidador primario, y finalmente abordando el concepto de afrontamiento, sus funciones y las respuestas de afrontamiento.

En el capítulo IV se hace una descripción del método utilizado para esta investigación.

El capítulo V describe los resultados obtenidos en la presente investigación.

En el capítulo VI se presenta la discusión y análisis de resultados.

Finalmente en el capítulo VII da lugar a Conclusión, limitaciones y sugerencias del trabajo realizado.

Capítulo I

Enfermedades crónico- degenerativos

La enfermedad crónica alude a un estado de enfermedad que presenta síntomas con un curso prolongado que afectan a uno o más sistemas de órganos y puede perjudicar el estado de salud o el funcionamiento psicológico. Los estados se definen crónicos cuando persisten por más de tres meses en un año, afectan el funcionamiento habitual de las actividades normales del paciente y requiere un cuidado continuo por parte de uno o más prestadores de servicios de salud. (Brown, Daly y Rickel, 2008).

1.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

De acuerdo con Beneit (1987), las características más comunes en las enfermedades crónicas son:

1. **Padecimiento Incurable:** permanente e irreversible con periodos de remisión y recaídas.
2. **Multicausalidad o plurietiología:** están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo. En las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, intervienen múltiples causas: tabaco, hipercolesterolemia, hipertensión, estrés, etc.
3. **Multiefectividad:** un factor de riesgo puede producir múltiples efectos sobre distintos problemas de salud. Por ejemplo, el tabaco puede producir cáncer de pulmón, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
4. **No Contagiosas:** no están producidas por agentes microbianos, por lo tanto no pueden transmitirse.
5. **Incapacidad Residual:** dejan secuelas psicofísicas y, por tanto, disminuyen la calidad de vida.
6. **Rehabilitación:** requieren entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y una estrecha colaboración y supervisión del equipo de

cuidados.

7. **Importancia Social:** determinada por las tasas de mortalidad y la repercusión socioeconómica, incapacidades en la población activa y gasto sanitario que generan.

8. **Prevenibles:** tanto a nivel primario, mediante la modificación de determinados factores, como a nivel secundario, mediante su detección precoz.

9. **Sentimientos de pérdida:** se generan en el paciente cuando enfrentan la realidad de estar enfermos.

1.2 TIPOS DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Tabla 1. Categorías	Padecimientos
1.- Neoplasias	<ul style="list-style-type: none">-Cáncer de mama-Ca Cérvico- uterino-Ca Páncreas-Ca Hígado-Ca Pulmón-Ca Laringe-Ca Estomago-Ca Vejiga-Ca Riñón-Ca Próstata
2.-Enfermedades Endócrinas	<ul style="list-style-type: none">-Diabetes Mellitus-Hipotiroidismo-Hipertiroidismo-Hiperpituitarismo-Insuficiencia suprarrenal
3.-Enfermedades Neuropsiquiátricas	<ul style="list-style-type: none">-Esquizofrenia-Epilepsia

	<ul style="list-style-type: none"> -Alzheimer -Parkinson -Esclerosis Múltiple -Trastornos depresivos -Dependencia del alcohol
<p>4.-Enfermedades Cardiovasculares</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermedad Isquémica del corazón -Enfermedad cerebrovascular: Isquémicas y hemorrágicas - Enfermedades vasculares periféricas en venas o arterias (trombosis venosa) o embolia pulmonar. - Hipercolesterolemia
<p>5.-Enfermedades respiratorias Crónicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) - Asma - Bronquitis - Neumonía - Tuberculosis
<p>6.-Enfermedades digestivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cirrosis hepática - Gastritis crónica - Hepatitis B y C - Cálculos en la vesícula - Colón Irritable
<p>7.-Enfermedades del aparato genito-urinario</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia renal crónica - Nefritis y nefrosis - Problemas de próstata - Problemas ginecológicos

**8.-Enfermedades
Osteoarticulares**

- **Artritis reumatoide**
- **Artrosis**
- **Osteoporosis**
- **Hernia lumbar**

En la actualidad las enfermedades crónicas representan la primera causa de morbi-mortalidad en los países desarrollados, y son uno de los principales factores asociados con el crecimiento del gasto sanitario.

Conocemos que en este siglo son los problemas relacionados con el envejecimiento y las enfermedades crónico-degenerativas los que van a requerir un aumento de las consultas al sector salud por parte de los usuarios (López, Serrano y Duque, 2002).

Datos reportados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (2011), la población derechohabiente adscrita a médico familiar continuara registrando un aumento sostenido en el número de personas ubicadas en los grupos de 45 a 64 años y de 65 años y más. Entre 2004 y 2011 estos grupos de edad crecieron a una tasa de 63.6 % y 55.1%, por lo que ha aumentado la demanda de servicios hospitalarios en las últimas dos décadas.

Estas enfermedades no sólo están asociadas con una notable utilización de los servicios de salud, debido a sus complicaciones a corto y largo plazo, sino que tienen un importante impacto en las personas que la padecen, ya que sus consecuencias son bio-psico-sociales y generan repercusiones en sus vidas cotidianas (Mitchell, 1998). Además requieren tratamiento intensivo y continuo durante muchos años o de por vida e implican una constante adaptación de las personas afectadas al curso de la enfermedad.

1.3 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Las enfermedades atraviesan tres fases: Fase aguda, fase crónica y fase terminal.

- ❖ **Fase aguda:** Comprende todo el período previo y posterior al diagnóstico, durante el cual los síntomas ya están presentes, lo que ocurre con este momento tanto para el paciente como para la familia es asumir la información diagnóstica, reorganizar la identidad y la vida (roles, prioridades y relaciones) en función de esa información, generar recursos, desarrollar relaciones de colaboración con los médicos y alcanzar una comprensión de la enfermedad.

- ❖ **Fase crónica:** Viene marcada por la presencia permanente de la enfermedad y su progresión. La enfermedad se vive día a día, convirtiéndose en algo cotidiano. Hay malestar tanto físico como psicológico por la mezcla de una renuncia extrema en aras del cuidado de la enfermedad con un progresivo aislamiento social.

- ❖ **Fase terminal:** Incluye la fase pre-terminal en la que la muerte se hace patente y domina la vida familiar, así como el duelo y la solución del duelo. La familia ha de reestructurarse para dar respuesta al aumento de las demandas afectivas y de cuidados.

1.4 EPIDEMIOLOGÍA

El perfil epidemiológico de una población cambia como resultado de dos fenómenos: el desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos, y el cambio en las causas de muerte y de enfermedad. Los factores que originan estos dos fenómenos son, por un lado, la reducción en la natalidad y en la mortalidad general que se reflejan en una mayor esperanza de vida que, aunada a una reducción de la fecundidad, conducen a una modificación en la composición de la mortalidad por edades. Por otro lado, el aumento en la exposición de la población a

factores de riesgo, incluyendo estilos de vida no saludables, afecta la incidencia de las enfermedades.

Durante los pasados cien años, en todos los países se ha observado un cambio en el perfil epidemiológico; del paso paulatino de una mortalidad concentrada en enfermedades infecciosas, parasitarias y materno-infantiles, perinatales, al predominio de padecimientos no transmisibles llamados crónico-degenerativos.

Este cambio en la composición de las causas de muerte se ha estudiado bajo dos enfoques complementarios. Por un lado, la *transición epidemiológica* que prepondera las intervenciones de tipo médico y los adelantos tecnológicos y, por el otro, la transición de la salud que enfatiza la importancia de las transformaciones sociales y el comportamiento de los individuos.

El proceso de *transición epidemiológica* señala los cambios en la salud debido a la disminución de la fecundidad que altera la estructura por edades de la población, la cual, de ser una población predominantemente de jóvenes, pasa a ser una en la que imperan las personas mayores de 65 años; la modificación de los factores de riesgo (ambientales, sociales, biológicos, culturales etc.) y finalmente los adelantos de la ciencia y la tecnología para mejorar la atención de la salud. (Frank, 1994).

De los 57 millones de defunciones que se calcularon en el mundo para el 2008, 36 millones (63%) se debieron a enfermedades no transmisibles (INEGI, 2008). El crecimiento de la población y la mayor longevidad están conduciendo a un rápido aumento del número total de adultos de mediana edad y mayores al correspondiente incremento de la cifra de muertes debidas a las enfermedades no trasmisibles.

La disminución de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida al nacer han propiciado que más niños sobrevivan. Del total de las defunciones en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2010) en el año 1976, 51.5% ocurrió dentro del grupo de menores de cinco años y 20% ocurrió dentro del grupo de mayores de 65 años. Según el Informe al Ejecutivo Federal para el año 2011 la situación de estos dos grupos se había revertido: 5.3% de todas las defunciones ocurrió en el grupo de menores de cinco años y 59.4% en el grupo de mayores de 65 años.

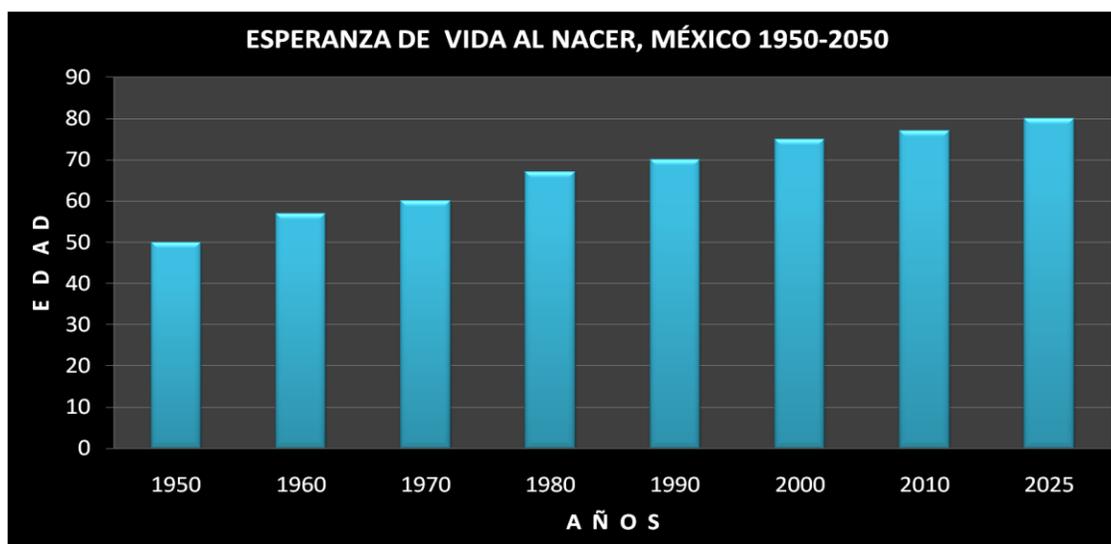
En el mundo ha aumentado considerablemente el número de personas con enfermedades crónico-degenerativas; por lo regular afectan a la población anciana y son tratamientos costosos, provocan un desgaste acelerado del organismo que las padece, teniendo como manifestaciones la disminución de las capacidades físicas y mentales, además de fatiga, trayendo como consecuencia un enorme deterioro de la calidad de vida, no solo del enfermo, sino de toda su familia. Esto debido al cambio en los hábitos y costumbres de gran parte de las sociedades (Cardenas ,2001).

Los modos y los estilos de vida influyen en la actividad del hombre como ser social, por lo tanto estos modos y estilos de vida desarrollados por la sociedad y los individuos, influirán positivamente o negativamente como elementos benefactores o perjudiciales. La salud está pues en dependencia de los hábitos y costumbres que a diario se practican y del resultado de las acciones y los esfuerzos que también durante su vida cada cual hace por cuidarla y mejorarla.

1.5 ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida es la media de años de vida que se espera que una persona viva al nacer o a determinadas edades. Varía en cada país, y es diferente para hombres y mujeres. En México la esperanza de vida al nacer ha cambiado a lo largo de 30 años, uno de cada cinco niños mexicanos moría antes de cumplir un

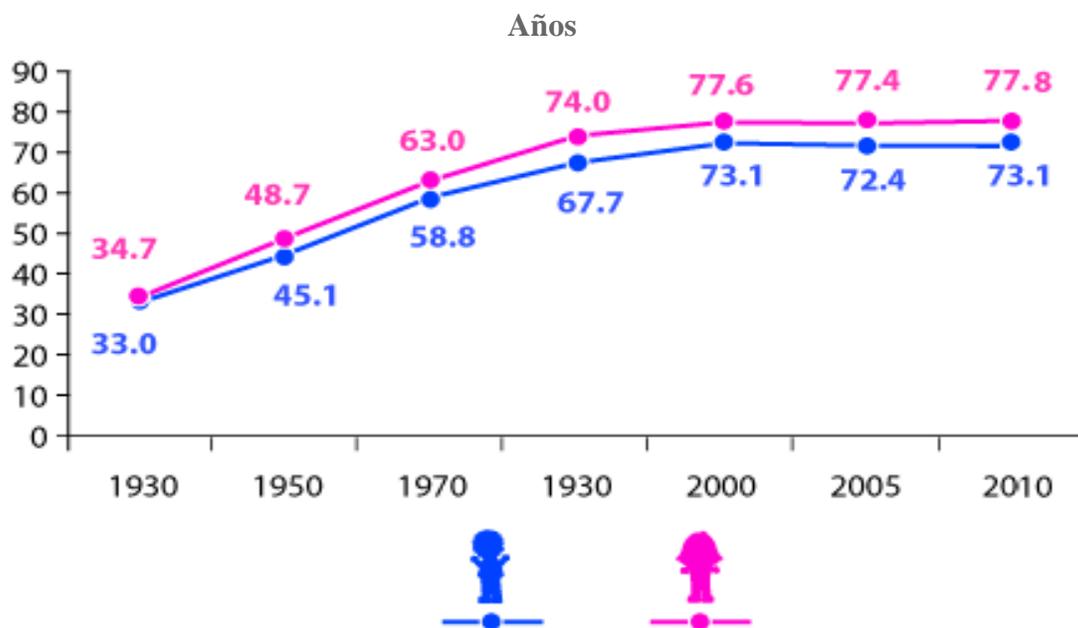
año de vida y la mitad de las mujeres adultas fallecía antes de los 35 años de edad. Hoy la mayoría de los recién nacidos alcanzan su primer año de vida y la mayoría de las mujeres pueden llegar a vivir casi 80 años. Como se observa en la figura hay un incremento importante en la esperanza de vida, que pasó de 50 años en 1950 a una perspectiva de 80 años en el 2025.



FUENTE: CONAPO, Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

En prácticamente todo el mundo, la esperanza de vida por sexo refleja la mayor sobrevivencia de las mujeres. En 2010, las mujeres mexicanas viven en promedio alrededor de cinco años más que los hombres (77.8 y 73.1 años, respectivamente).

En México, los hombres aumentaron su expectativa de vida de 64.0 a 73.1 años entre 1980 y 2010, mientras que las mujeres la aumentaron de 70.0 a 77.8 años en el mismo periodo.



FUENTE:

INEGI. Esperanza de vida - género - 2006-2010 entidad federativa.

El descenso de la mortalidad general y el aumento de la esperanza de vida, están dando lugar a un proceso conocido como envejecimiento poblacional, que implica una participación creciente de los adultos mayores en la estructura poblacional.

1.6 CAUSAS DE MORTALIDAD

1.6.1 Mortalidad en niños menores de un año

El nivel en la mortalidad de los menores de un año es uno de los indicadores que mejor refleja las condiciones de vida de la población. Existen múltiples factores que, al desarrollarse de manera positiva, contribuyen a la reducción de la mortalidad infantil.

Si se toman en consideración las causas de mortalidad por grupos de edad en el ámbito nacional de 2010, se observa que los niños menores de un año mueren principalmente por asfixia y trauma durante el nacimiento 4.2%, malformaciones

congénitas del corazón 1.4%, infecciones respiratorias agudas bajas 0.9%, bajo peso al nacer 0.6%, enfermedades infecciosas intestinales 0.4%, desnutrición calórico-proteica 0.2% y anencefalia y malformaciones similares 0.1% (SINAIS, 2010).

1.6.2 Mortalidad en niños en edad preescolar 1-4 años

En México, la mortalidad en niños de 1 a 4 años es causada principalmente por enfermedades infecciosas intestinales, infecciones respiratorias agudas bajas, malformaciones congénitas del corazón, leucemia y anemia.

En la República Mexicana la situación de la mortalidad en las edades preescolares es parecida a la infantil, ya que entre las principales causas de muerte, en ambos sexos, figuran las ocasionadas por enfermedades infecciosas y parasitarias. En 2011, las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias representaron 16.5% en el caso de los hombres y 15.5% en el de las mujeres, ubicándolas como la segunda causa de defunción (SINAIS, 2010).

1.6.3 Mortalidad en niños en edad escolar 5-14 años

La primera causa de muerte entre los niños y adolescentes en edad escolar en México son los accidentes que se encuentran relacionados con pautas conductuales. Una de cada tres defunciones de los hombres de este grupo de edad se debe a un accidente.

Durante el 2010, los tumores malignos se colocaron como la segunda causa de muerte, ascendiendo dos lugares con respecto a 1980.

La tercera causa de muerte de los niños y adolescentes mexicanos en edad escolar en 2011 son los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso con 8.3%. Le siguen en importancia las muertes por enfermedades infecciosas y

parasitarias, que descendieron dos lugares entre 1980 y 2010. (Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, IMSS 2010).

1.6.4 Mortalidad en edad reproductiva 15- 49 años

Según la Secretaría de Salud las principales causas de muerte en la etapa reproductiva (15 a 49 años) son la diabetes, las enfermedades crónicas del hígado, las enfermedades isquémicas del corazón, los accidentes y lesiones, tumores malignos (mama, cuello del útero, pulmón, estómago).

Además de las defunciones por accidentes, que afectan principalmente a la población joven, las enfermedades que en la actualidad preocupan por su irreversibilidad son el VIH/SIDA y la leucemia. De igual forma, llama la atención el creciente nivel de violencia interpersonal, la depresión y el aislamiento en el que se encuentran muchos adolescentes y jóvenes, que son particularmente susceptibles a los homicidios y al suicidio

La defunción en hombres de 25 a 34 años es el VIH/SIDA, que en 2010 produjo en la población general 4,445 muertes, con una mayor proporción en la población masculina (Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), IMSS, 2010).

Otro tipo de muerte en los varones en los años 1980 y 2010 son accidentes y homicidios. Al final del periodo surgen nuevas causas entre ellas son los suicidios según datos reportados por el INEGI 2010.

1.6.5 Mortalidad en adultos maduros 50-64 años

En el periodo de 50 a 64 años, el pronunciado descenso de las tasas de mortalidad por accidentes entre los hombres ha promovido el ascenso de las enfermedades

digestivas. Dentro de ellas destaca la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado que se encuentran muy vinculadas al consumo del alcohol.

Entre las mujeres las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos se mantienen como las más numerosas; sin embargo, mientras en ambos sexos se aprecia una franca tendencia descendente en las tasas de mortalidad adulta por enfermedades cardiovasculares, al mismo tiempo se observa un creciente riesgo de morir por diabetes mellitus.

1.6.6 Mortalidad en adultos mayores de 65 años en adelante

Después de los 65 años de edad las tasas de mortalidad se incrementan de manera importante las muertes en este grupo de edad se deben sobre todo a diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades hipertensivas y tumores. Aunque las causas de muerte son semejantes en hombres y mujeres, el riesgo de morir por diabetes es mayor en las mujeres, al igual que por enfermedades hipertensivas, mientras que el riesgo de morir por enfermedades isquémicas del corazón, EPOC y cirrosis es mayor en los hombres. (Dirección General de Información en Salud (DGIS) 2010). Es probable que estos datos se deban a diferencias en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaquismo, mucho más marcadas en las generaciones que hoy tienen 65 años y más. En esta etapa de la vida vuelven a aparecer, dentro de las causas más comunes de muerte, las infecciones respiratorias agudas bajas, y desaparecen como una de las principales causas de defunción los accidentes y las lesiones.

A nivel mundial, el cáncer es la principal causa de mortalidad, se le atribuyen 7.9 millones de defunciones ocurridas en 2007. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), estima que alrededor de 84 millones de personas morirán a causa de esta enfermedad entre 2005 y 2015. El cáncer constituye un grupo de enfermedades crónico degenerativas (son más de 100 tipos) provocadas por

factores genéticos heredados o adquiridos.(Dirección General de Información en Salud (DGIS) 2010).

Para 2010 se esperaba que la tasa bruta de mortalidad fuera de cinco defunciones por cada mil habitantes. La diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades del hígado, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y los accidentes de transporte en conjunto, fueron causa de 56.4% de las defunciones ocurridas en 2010 (Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), 2010).

La llegada de la vejez implica una mayor demanda de los sistemas de salud, debido a que en esta etapa de la vida es cuando el individuo sufre diversas dolencias, fruto de la edad y del estilo de vida llevado en los años anteriores. Las enfermedades crónicas- degenerativas han ganado terreno, sobre todo en la población de más edad. Lo que es preocupante, ya que se caracterizan por ser de larga duración, además de que su tratamiento por lo regular es muy costoso, implica el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos más costosos, se asocian con periodos de hospitalización más prolongados y es la causa más frecuente de incapacidad prematura.

El sistema de salud en México más concurrido que atienden a este tipo de padecimientos es el Instituto Mexicano del Seguro Social, según cifras del Consejo Nacional de Población (CONAPO), México contaba en el 2005 con 8 millones de personas de 60 años y más, lo cual representaba el 7.5% de la población; entre la población derechohabiente del IMSS, el envejecimiento es mayor y más acelerado. En el 2006, los adultos mayores constituían el 14.4% de derechohabientes adscritos a médico familiar y la demanda de servicios en las unidades médicas correspondía al 25% de las consultas en Unidades de Medicina Familiar (UMF). Incluso se menciona que los adultos mayores representan más del 10% de la demanda en medicina familiar que corresponde a casi 6 millones de derechohabientes y se

incrementará en promedio de 3.64% anual de manera acelerada en los próximos 40 años a partir del 2012.

En el Seguro Social indica que la diabetes es la principal causa de pensiones por invalidez, 10.5 por ciento de las personas mayores de 20 años la padecen y desde el 2001 es la primera causa de muerte entre los mexicanos. Las complicaciones crónicas en ojos, riñones, nervios de las piernas y brazos, infarto del miocardio y trombosis cerebral, son algunas de las consecuencias de la diabetes mellitus. (IMSS, 2009)

En el 2009, el Seguro Social otorgó cerca de 16 mil pensiones; el 40 por ciento de ellas, fueron por padecimientos como la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas degenerativas; y el restante por tumores malignos, insuficiencia renal, accidentes vasculares cerebrales y enfermedades isquémicas del corazón. Estas enfermedades, frecuentemente se acompañan de discapacidad y generan dependencia y pérdida de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, además de un alto costo de atención. (Muñoz García, Durán, 2004).

La tendencia al aumento de la población de edad avanzada trae consigo importantes consecuencias económicas, sociales, emocionales y físicas porque en las etapas de la vejez se acrecientan los riesgos de perder capacidades físicas y mentales, de deterioro de la salud con secuelas permanentes, de retiro del trabajo y de la actividad. En esta etapa de la vida se depende más de la familia y la comunidad, ya que el cuidado de las personas en estado de postración se asume como una obligación inevitable.

Está ampliamente documentado el hecho, de que la enfermedad crónica impacta en todos los aspectos a la vida de las personas, de la familia y de la sociedad en general (Rolland, 2000). El mayor impacto sucede en los ámbitos físico, psicológico, económico, familiar, social, laboral; por consiguiente, involucra, no solo a la persona que sufre el proceso, sino a todo su entorno. Todo ello puede

derivar en la reducción de las limitaciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria, produciendo niveles variables de dependencia, sufrimiento, disconformidad, disrupción familiar y afectación de la actividad social (Schultz, y Beach, 1999).

1.7 CONSECUENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES DE LA ENFERMEDAD

El efecto más inmediato del cuidado ante la enfermedad, y también el más frecuente, sea una importante reducción en el tiempo de ocio; la alta dedicación que implica el cuidado hace que el cuidador deje de tener tiempo para sí mismo, por lo que no es raro que, centrados en el cuidado abandonen aficiones, hobbies, relaciones interpersonales. Según Crespo, López y Cuenca (2005) el porcentaje de cuidadores que disminuyen su tiempo de ocio aumenta hasta un 90% cuando se considera únicamente a cuidadores principales de personas en estado de postración que exigen mayores cuidados.

Otra área importante es el descuido o abandono de las relaciones sociales, pues se deja salir con los amigos, con el tiempo estas se van deteriorando, además los cuidadores pueden perder el interés en las relaciones con personas que “no pueden entender su situación” y que están muy alejadas de sus problemas y necesidades en ese momento.

Desde el punto de vista social, la vida urbana ha impuesto serios cambios en la estructura familiar, particularmente sobre el papel de la mujer. La incorporación de las esposas o mujeres jefes de familia a la fuerza de trabajo, generalmente en jornadas de tiempo completo, ha afectado el cuidado de los hijos, de los ancianos y del funcionamiento familiar en general (Bernal, Meleis, 1995).

Los problemas profesionales o económicos como consecuencia del cuidado son frecuentes. Quienes tienen un trabajo remunerado, la situación tampoco es fácil. Al hacer una valoración general, un 7% de los cuidadores indica que su vida

profesional se ha resentido por el hecho de serlo. Estos trabajadores con doble jornada, dentro y fuera del hogar, conforme va avanzando la postración, ven que su vida profesional se resiente, tienen problemas para cumplir sus horarios, cada vez tienen que pedir permisos de ausencia y que a veces tienen que reducir su jornada de trabajo, llegando en algunos casos a tener que dejar de trabajar, ya sea por su propia iniciativa o por imposición, debido a la imposibilidad de compaginar la actividad de cuidar al familiar postrado y su vida profesional.

Dejar de trabajar o reducir la jornada tiene diversos efectos negativos en los cuidadores que se ven obligados a ello. Por una parte se reducen los ingresos en la familia; por otra, se interrumpe el desarrollo personal asociado a su labor profesional y por último, pero no por ello menos importante, en ocasiones se elimina en buena parte un momento de “descanso” del cuidado. Son muchos los cuidadores que manifiestan que trabajar les ayuda a desconectar los problemas que tienen en casa, ya que cambian de actividad, se relacionan con otras personas y no están continuamente preocupados y ocupados del familiar postrado. De hecho para algunos cuidadores el pensamiento de tener que dejar de trabajar para dedicarse única y exclusivamente al cuidado resulta muy estresante.

No obstante, también puede suceder lo contrario. En ocasiones el trabajar fuera del hogar supone para el cuidador una fuente adicional de tensiones y conflictos que le lleva a tener una constante sensación de “no llegar” y de no responder satisfactoriamente ni como cuidador ni como trabajador. Se trata de cuidadores que si fuera posible desearían abandonar su trabajo para poder dedicarse por entero al cuidado, y que se mantienen en su puesto por razones económicas (Crespo y López, 2005).

En este mismo contexto, se reconoce que la introducción de la tecnología a las industrias manufacturera y de servicios puede tener un efecto nocivo en la salud mental de los trabajadores del sexo masculino, ya que se exige una mejor preparación para aspirar a un empleo, pero a la vez no es garantía de obtenerlo,

provocando ansiedad e inseguridad crónicas. Al mismo tiempo, cuando han conseguido el empleo, sobre todo los técnicos y administrativos de nivel medio y alto, las presiones derivadas de la competencia entre individuos y entre empresas son tan fuertes, que las tasas de suicidio y enfermedad van en aumento (Devine, Wright, 1993).

Finalmente el nivel educativo de la población es cada vez más alto, obteniendo una mayor información de la salud, reconocen y exigen sus derechos a servicios de buena calidad; esto ha permitido que se modifique la calidad de vida del ser humano para atender adecuadamente las enfermedades crónicas- degenerativas.

1.8 CONSECUENCIAS FISICAS DE LA ENFERMEDAD

Para Martínez y Calzada (2000), la postración es uno de los signos más comunes en pacientes en estado crítico debido a la diversidad de procesos músculo-esqueléticos, neurológicos, metabólicos, endocrinos, y cardiovasculares, que ocasionan este problema. Entre las principales complicaciones derivadas de este estado menciona: presencia de úlceras por decúbito, disfunción respiratoria, urinaria, gastrointestinal y traumatismo. La inmovilización o postración puede definirse como “una restricción o limitación física de los miembros y del cuerpo para realizar giros, sementar y deambular, lo que obedece a múltiples causas.

Este problema de salud afecta, en su mayoría, a los adultos mayores, es frecuente que presenten enfermedades transitorias o permanentes, que los obligan a permanecer en cama, pues hay una serie de condiciones propias del envejecimiento que los hace más vulnerables: mayor fragilidad biológica, psicológica y social (menor capacidad de respuesta a las modificaciones del medio) pérdida de masa ósea, aumento de la presión arterial, alteración del sistema inmune. Sin embargo, esto no significa que los pacientes postrados sean sólo adultos mayores, también viven este problema personas de diferentes edades, aunque en un porcentaje mucho menor en relación a la tercera edad. Las causas

que provocan el estado de postración en las personas no son iguales en todas las edades siendo las más frecuentes en el adulto mayor:

* Enfermedades crónicas:

-Cardiovasculares: trombosis venosa, accidente vascular, infartos, úlceras varicosas, etc.

-Musculo-esqueléticas: artrosis, osteoporosis, fractura de extremidades inferiores.

-Neurológicas: Alzheimer, Parkinson, Demencia senil.

-Pulmonares: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

* Enfermedades degenerativas:

-Cáncer

- Alzheimer

La actividad, tanto física como psíquica, es indispensable para mantener o aumentar la capacidad de cualquier órgano o sistema, ya sea el cerebro, los músculos o el sistema circulatorio, cuando una persona permanece postrada esta capacidad funcional se ve disminuida y más aún en el adulto mayor, por el deterioro progresivo que éste sufre y que lo hace especialmente vulnerable de perderla.

Zapata (2002), define éste concepto refiriéndose a los pacientes postrados como “personas que debido a una limitación o incapacidad de la función motora permanecen en cama, o en silla de ruedas, esperando la atención de otra persona que se preocupe de ellos”.

Dependiendo de la condición del paciente, la capacidad funcional se puede recuperar completamente o sólo parte de ella, para ello es necesario evaluar periódicamente los cambios en su estado, así se han creado varias escalas relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD), que han sido validadas y que miden el grado de dependencia del paciente postrado tales como:

1.- Índice de Katz y et.al., en 1963, esta evaluación utilizando como base las actividades de la vida diaria que realiza el individuo en forma independiente como: deambular; alimentarse; vestirse; ir al baño y contener esfínteres. Este índice ha sido utilizado para definir las capacidades de los pacientes en estado de postración.

2.- Índice de Barthel: escala mucho más completa que la de Katz, valora 10 esferas y da un resultado numérico, la movilidad la desglosa en: transferencias sillón-cama, deambulaci3n, subir y bajar escaleras.

3.- Índice de Lawton: valora actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), aplicable a ancianos que viven solos y sin apoyos institucionales, mide la capacidad del anciano para vivir con total autonomía en su domicilio.

1.9 LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA

La familia es un sistema en constante transformaci3n, que mantiene su continuidad y crecimiento a trav3s de un equilibrio dinámico entre homeostasis y transformaci3n (Macías, 1994).

Además la familia se define como un organismo vivo compuesto de distintas partes que ejercen interacciones recíprocas. Del mismo modo, se le considera a la familia un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema (Navarro, 2004).

La familia es un grupo social con una historia compartida de interacciones; es un sistema compuesto por personas de diferente edad, sexo y características que, por lo general, comparten el mismo techo. Sánchez (1980) considera a la familia la

unidad fundamental de la sociedad, el grupo social que conserva nexos de parentesco entre sus miembros, tanto de tipo legal como consanguíneo, y que se constituye por individuos de generaciones distintas.

Según Minuchin (1983), la familia puede verse como un sistema que opera dentro de otros sistemas más amplios y tiene tres características: a) su estructura es la de un sistema sociocultural abierto, siempre en proceso de transformación; b) se desarrolla en una serie de etapas marcadas por crisis que la obligan a modificar su estructura, sin perder por ello su identidad (ciclo vital), y c) es capaz de adaptarse a las circunstancias cambiantes del entorno modificando sus reglas y comportamientos para acoplarse a las demandas externas. Este proceso de continuidad y cambio permite que la familia crezca y se desarrolle y, al mismo tiempo, asegura la diferenciación de los miembros.

Como sistema activo, la familia se autogobierna mediante reglas. Cada tipo de tensión que sea originada dentro o fuera de la familia, requerirá de un proceso de adaptación, necesario para el mantenimiento de la misma (Andolfi, 1985).

La estructura familiar, definida como la organización de las interacciones familiares, debe ser capaz de adaptarse esto les permitirá fortalecerse como grupo y evitar que aparezcan tensiones perjudiciales para sus integrantes; por ejemplo cuando las circunstancias cambian, tal y como sería el caso de la presencia de enfermedad en alguno de sus miembros particularmente adultos o con la muerte de uno de sus miembros las funciones deben reajustarse, de forma que se mantenga el equilibrio familiar y evitar la sobrecarga de uno de los integrantes, ya sea por el orden jerárquico, el género, la edad o el rol adaptado (Seguí et al., 2008).

Por otro lado cuando una persona enfrenta una crisis derivada del diagnóstico de alguna enfermedad grave, discapacidad física, se genera tanto en el paciente como en la familia un estado temporal de desorganización; caracterizado por la incapacidad de utilizar los métodos acostumbrados para la solución de problemas,

incertidumbre en los planes a futuro y la necesidad de mantener adaptaciones conductuales mientras dura la enfermedad (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Analizando los procesos familiares normales, Rolland (2000) identificó los componentes claves del funcionamiento familiar que utiliza desde un modelo sistémico de la enfermedad, basándose en la evolución de cuatro áreas básicas.

A) Pautas estructurales u organizativas de la familia: el funcionamiento de toda familia debe considerarse en función de cuán efectivamente organiza su estructura y los recursos a su disposición para superar los desafíos a lo largo de todo el ciclo de vida, estas pautas se integran de los siguientes elementos:

- ❖ Adaptabilidad familiar
- ❖ Cohesión
- ❖ Límites
- ❖ Normas
- ❖ Solución de problemas (Epstein, 1993; en Rolland, 2000)

B) Procesos de comunicación: para que la familia logre un control de la enfermedad y la discapacidad es esencial que tenga una comunicación efectiva.

C) Ciclo de vida familiar: éstas se refieren a las reglas que posibilitan la diferenciación de roles, derechos, obligaciones y organización jerárquica en la familia.

D) Sistema de creencias de la familia. Uno de los componentes de la construcción de la realidad compartida por la familia, es un conjunto de creencias acerca de la salud y la enfermedad, que influye en su manera de interpretar la enfermedad y orienta su comportamiento para procurar la salud.

1.10 Alteraciones en los roles y funciones familiares ante la enfermedad

Cuando se presenta una enfermedad en la familia, se experimenta un cambio en la dinámica, modificándose los roles y los estilos de relación, quedando vacíos en las funciones familiares, lo que genera un desequilibrio en la estructura familiar (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Ser cuidador conlleva a adquirir un nuevo rol social. Los roles sociales implican expectativas y normas sobre qué hacer y cómo hacer, reconocidas en una determinada sociedad y momento histórico. De esta forma, se espera y se norma que un cuidador se haga cargo de, es decir haga todo aquello que el paciente postrado es incapaz de hacer (Graham, 1983).

Si surge una enfermedad, la distribución de roles y funciones familiares necesita redefinirse (Rolland, 2000). Esta redefinición será tanto más profunda, y potencialmente más complicada, cuanto más importantes eran los roles o las funciones familiares de la persona enferma. En este sentido, la enfermedad de cualquiera de los padres supone una mayor tasa de cambio, en la medida en que, además del cuidado, impone la necesidad de que alguien se ocupe de ganar el dinero, arreglar la casa, preparar las comidas, imponer autoridad, prodigar cuidados, etc.

Cuando quien enferma es un hijo, el ajuste estructural es menor (aunque no así el emocional), necesitándose de alguien que ayude y cuide de quien tiene el problema. Dependiendo de las características de la enfermedad y del apoyo que recibe el cuidador.

Los roles de cuidador, que está a cargo de las necesidades del enfermo, y los que deja el mismo, generalmente se adscriben a la misma persona. Podrían ser distribuidos entre todos los miembros de la familia, pero no suele ser el caso, alguien asume toda la carga. La adscripción suele ser cultural y sigue una pauta

ligada al género: los hombres heredan funciones ejecutivas, y las mujeres, funciones de servicios. El reparto de funciones que se hace en contra de las pautas culturales exige, por lo común, mucha negociación explícita.

Negociación del Rol

Las negociaciones pueden ser explícitas o implícitas: ambas son igual de eficaces a la hora de adscribir un rol. En una típica negociación implícita, alguien hace algo de forma espontánea; basta con que lo haga varias veces, no muchas, sin que nadie lo cuestione para que adquiera la función.

Algunas veces surgen problemas en la negociación misma del rol, cuando son enfermedades incapacitantes de alguno de los padres, las funciones y roles que desempeñaba el enfermo las tiene que asumir el resto de la familia, lo que exige, también, una negociación más o menos explícita entre quién tiene que delegar la función y quién (es) tiene (n) que asumirla. En este tipo de negociaciones resulta característico que la persona enferma entienda que puede retener más roles y funciones que los que juzga apropiados el resto de la familia. Si tales roles y funciones llevaban aparejadas cuotas de perder o de prestigio, el enfermo experimentará una pérdida considerable, con su consiguiente duelo (Navarro, 2004).

El acto de delegar funciones lleva aparejado reconocerse como tal enfermo. Ciertos problemas a la hora de negociar los cambios y los roles no provienen de la negociación misma y si de la pena de la familia y del duelo del enfermo derivado del reconocimiento de su definitivo estado.

1.11 Alteraciones de la respuesta emocional y cognitiva de la familia ante la enfermedad

La reacción de la familia. La gama de reacciones de la familia a las malas noticias tiene la misma amplitud que la de los pacientes, aunque puede expresarla en momentos diferentes, falta de sintonía que ya de por sí puede suponer un problema (Buckman, 1992). En cualquier caso, la regla es que el paciente debe ser la preocupación primaria del profesional.

Buckman (1992) ha identificado las siguientes reacciones de la familia:

- **Protección.** Es la respuesta normal hacia las personas que queremos. En cualquier caso lo primero es el derecho del paciente a estar informado, después resulta inevitable e inteligente reconocer los deseos de la familia de protegerlo, aunque ello no implica su aceptación. Por lo general no es una buena política que el profesional se una a la conspiración del silencio a la que se somete a muchos enfermos.
- **Rabia.** La violencia puede dirigirse a varios objetivos, contra el paciente (por su conducta, porque su muerte se viva como un abandono), contra los médicos (por no haberles detectado antes el problema), etc. A veces, otros sentimientos como el miedo y la culpa se expresan en términos de violencia.
- **Duelo anticipado.** Se desencadena si el resultado de la enfermedad es fatal. Si el pronóstico es de cronicidad con un mayor o menor grado de incapacidad, también se produce un duelo, pero esta vez relacionado con la funcionalidad, los proyectos y la normalidad significativamente perdidos.

Buckman (1992) sugiere la posibilidad de que los médicos remitan a quienes reaccionan de forma muy descontrolada ante lo inevitable de la pérdida a una terapia de duelo.

- Culpa. Es otra reacción muy común. Una enfermedad seria suele poner de manifiesto aquello que las familias han dejado de hacer durante la historia de su convivencia, y ello las hace sentirse culpables. Hay que normalizar estos sentimientos, y hacerles ver que, en todo caso, sentirse culpable habla de la importancia de las relaciones entre ellos, animándoles a que hablen de lo que sienten.
- Miedo. Tener miedo resulta bastante lógico. Las razones suelen ser varias: por la suerte del enfermo, por el desamparo económico en el que pueden quedar todos, por padecer la misma enfermedad, etc. Muchas veces lo manifiestan mediante somatizaciones que recuerdan de los síntomas del enfermo. En estos casos es importante no descalificar lo que sucede, antes al contrario, hay que permitir que expresen lo que deseen, y después normalizarlo afirmando que son las reacciones que cabe esperar cuando los vínculos familiares son significativos.

En cualquier caso, la reacción inmediata de familiares y pacientes a un diagnóstico serio es de shock y pánico. Esta primera fase de desintegración cursa, igualmente, con depresión, rabia y culpa. A los pocos días sobreviene la fase de ajuste. Se comienza a buscar información, a hacer planes y a acomodarse emocionalmente. Si el enfermo es el hijo, desarrollan con él un vínculo más estrecho, especialmente la madre. En ciertos casos, la fase de ajuste se demora porque se necesita tiempo para asumir que sus vidas tendrán que cambiar profundamente, que habrán de esforzarse en atender al enfermo y que esa atención no siempre se verá recompensada con una mejoría. Todo ello produce, normativamente, pena y depresión.

1.12 Rol del cuidador primario

Con las enfermedades intermitentes, la alternancia de recaídas en momentos de remisión cuando el paciente recupera cierta funcionalidad, genera una dinámica

propia. En estos casos, la familia se ve forzada a negociar no sólo el rol del cuidador, lo que suele zanjarse en la primera recaída, sino que también, y ello resulta más complicado, negocia en los momentos de remisión qué funciones reasume el enfermo y cuáles delega en los períodos de recaídas. No sólo surgen complicaciones en torno a cuáles serán las funciones retenidas y cuáles las delegadas, sino en la negociación misma: después de varias recaídas empieza a dejar de tener sentido seguir negociando y se tiende a una pérdida permanente de funciones, sobre todo de aquellas que resultan más afectadas por la enfermedad (Buendía, 1999).

Este aspecto genera necesariamente crecimiento en el volumen de personas que ofrecen cuidado ya sea de tipo formal o informal. En la medida que aumenta el número de cuidadores informales, se deben crear estrategias que brinden apoyo, no solo a nivel institucional sino especialmente en la comunidad y en la familia, dado que la familia generalmente es el principal agente cuidador de una persona en situación de enfermedad crónica discapacitante. Stober (1998), señala que en las dos últimas décadas se ha observado un crecimiento en el número de familias que deciden tomar la responsabilidad de cuidar a sus parientes con enfermedades crónicas; exponiéndose a varios riesgos, ya que la tareas del cuidador se vuelven cada vez más complejas y les abarcan mayor cantidad de tiempo afectando tanto su salud física como mental.

1.13 Impacto de la enfermedad en el nivel socioeconómico

La familia requerirá durante la enfermedad mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curas, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, etc. Por lo tanto, no será lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Evidentemente la crisis familiar, va a ser mayor cuando no se cuenta con recursos económicos, ya que la desorganización

provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos (García, Mateo, y Maroto, 2004).

1.14 IMPACTOS DE LA ENFERMEDAD EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA

1.14.1 Impacto de la enfermedad en el adulto joven 15-49 años

Las tareas normativas del adulto joven son 3: individuales (el desarrollo de una ética propia), familiares (consolidar una relación de pareja, emancipación de la familia de origen) y sociales (asumir responsabilidades civiles, construir su red de relaciones).

La aparición de una enfermedad en este momento de la vida, puede afectar dramáticamente la consecución de estas tareas; la sensación de que uno no ha completado su vida, sentimientos de frustración y enojo por que sus metas se han truncado, se llega a sentir que la vida se ha detenido.

El joven adulto que contrae una enfermedad puede verse obligado a permanecer en su familia de origen; a veces ya se ha emancipado, y esta vuelta atrás, hace inevitable una sensación de fracaso. Su regreso a casa de los padres no significa que se retomen las relaciones, normas y patrones de interacción anteriores a su marcha: se hace necesario negociar la relación de nuevo, fundamentalmente en lo que se refiere a las pautas de cuidado de la enfermedad.

Por otro lado si ya está casado, es su pareja quien se hace cargo de su cuidado, siendo la situación proclive a un aumento de la tensión y a la necesidad de una redefinición de la relación; en cualquier caso se produce un desequilibrio: uno de ellos pasará a depender más del otro. En el matrimonio la mayoría de los sueños individuales y colectivos están todavía por vivirse; el sentimiento de

pérdida, la tarea de redefinir los objetivos personales y de la relación en el contexto de las limitaciones puede llegar a agotar a ambos cónyuges.

Otro conflicto importante es cuando la enfermedad es grave y prolongada impide las relaciones sexuales entre los cónyuges. Las parejas necesitan contar con información clara acerca del modo en que se espera que una determinada afección o discapacidad afecte la sexualidad desde el punto de vista fisiológico. (Navarro, 2004). La fatiga que causan las enfermedades debilitantes o ciertos tratamientos, como la radioterapia o la quimioterapia típicamente se asocian con una disminución del deseo. Las complicaciones neurológicas de enfermedades como la diabetes, la esclerosis múltiple o la lesión de medula pueden interferir con la función eréctil.

El impacto en su vida social, depende de factores como las actitudes sociales hacia la enfermedad y del grado en que la enfermedad interfiere con el contacto social. (Navarro, 2004)

1.14.2 El impacto de la enfermedad en los años medios 50-64 años

Las tareas de las fases medias tienen que ver con la emancipación de los hijos, el desarrollo de actividades de tiempo libre, retomar la relación de pareja, el cuidado de los padres ancianos y la aceptación de los cambios físicos derivados de la edad.

El impacto de la enfermedad a esta edad es el desequilibrio en la relación de pareja, dificultad en la emancipación de los hijos y deja a la generación anciana sin un apoyo importante.

Además de la aparición de alguna enfermedad crónica, se hace manifiestas las enfermedades psiquiátricas, siendo las más prevalentes tales como: el alcoholismo, la depresión y el suicidio.

El efecto de la enfermedad sobre la relación marital puede ser severo, otro problema son los cambios en la sexualidad, hay un declinar en la actividad sexual, en donde juegan su papel no sólo factores fisiológicos, sino también sociales y psicológicos. Frecuentemente no es la falta de sexo lo que resulta un problema, sino la carencia de intimidad emocional y física. Quien se distancia puede ser acusado de falta de interés o de amor, lo que genera un conflicto.

1.14.3 El impacto de la enfermedad en la ancianidad 65 años en adelante

La “tercera edad” o *ancianidad* es una fase, del ciclo vital del individuo. Como tal, presenta unas características particulares (experiencia de vida, mayor disponibilidad de tiempo libre, etc., si bien con merma de las capacidades físicas e intelectuales, pérdida de seres queridos...) resultantes de una situación de crisis que, bien resuelta, debería conducir a una etapa productiva y gratificante para la persona. En contraste, la evolución de este proceso de crisis en un sentido improductivo o patológico, puede dar lugar a que el individuo enferme o a que sus procesos patológicos previos empeoren, con una posible repercusión añadida sobre su sistema de convivientes.

Dichas situaciones críticas podemos esquematizarlas como sigue (Pittman, 1990):

- 1) **Jubilación:** repentinamente, la persona anciana se encuentra en una situación de pérdida de poder, de propósito y de contexto, pérdidas que son tanto más graves cuanto más centrada en el trabajo tenga su vida la persona.
- 2) **Soledad y pérdidas:** la viudedad de la mujer es más habitual en nuestro medio dado que la edad media de vida es menor en los hombres y que las mujeres suelen casarse con hombres mayores que ellas. El fallecimiento del cónyuge puede suponer aspectos negativos para la mujer, pero

también algunos positivos, como la independencia y un cierto bienestar económico.

- 3) **Crisis de cuidado y dependencia:** una situación especialmente crítica ocurre cuando los padres no pueden cuidarse por sí mismos y precisan del cuidado de los hijos. Esto supone un cambio estructural muy importante, como veremos más adelante, no sólo para los hijos, con sus propias familias nucleares y sistema de convivencia que deben readaptarse, sino también para el anciano/s que pierden su independencia física y su sistema de creencias y costumbres.

Una vez que el anciano ha contraído una enfermedad incapacitante, suelen ser los familiares quienes se encargan del 80% de los cuidados que necesita, lo cual dista de la imagen de abandono. Fundamentalmente su cónyuge es la encargada (que es quien soporta un estrés mayor), y después los hijos. Otras personas, como los amigos o la familia extensa, se convierten en cuidadores cuando el anciano no dispone de familia nuclear.

Datos reportados por el INEGI (2010) un 85% de ancianos sufre al menos un problema físico. Si hablamos de condiciones incapacitantes, el 53% de los hombres y el 41% de las mujeres la padecen. Un 41% de toda la población sufre de alguna incapacidad severa. Las enfermedades más comunes son las cardíacas, el cáncer, la cerebrovasculares, las respiratorias, artritis, Parkinson, Alzheimer; todas ellas afectan seriamente su vida diaria y, eventualmente, causan la muerte.

- 4) **Las pérdidas sociales** tienen que ver, fundamentalmente, con la discriminación que sufren los ancianos, a los que se percibe como rígidos, seniles y desfasados en cuanto a valores y modas. Mucho del estereotipo se debe a que se les ve sin un papel social relevante, y al acelerado cambio tecnológico, que vuelve obsoleto su saber. En una sociedad dominada por valores de producción, preferencias laborales y sociales para la juventud.

Finalmente, las personas en la ancianidad sufren por una mala adaptación a los cambios y pérdidas, que se manifiesten por un ánimo depresivo, retraimiento, agresividad y anomia. Por lo regular estos signos y síntomas suele ser de corta duración, desapareciendo cuando se controlan los factores estresores; sin embargo, de persistir, puede desembocar en una incapacidad crónica (Navarro, 2004).

Capítulo II

Cuidador Primario

La familia es el principal sistema de bienestar, es la fuente fundamental de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentren en situación de fragilidad. Cuando se producen enfermedades crónico- degenerativas e invalidez, el cuidado diario, la atención cotidiana con frecuencia corre a cargo de la familia y principalmente recae en un sola persona que es el *cuidador primario*.

El termino *cuidadores* un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias. La presencia de afecto se asocia con estas características relacionales (Centeno, 2004).

2.1 Definiciones de Cuidador primario

De acuerdo con Astudillo y Mendinueta (2003), definen al cuidador primario, como: la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo. Es decir, es la persona que se encarga de proporcionar a un paciente con discapacidad tanto física como mental, los cuidados y los requerimientos para cubrir todas sus necesidades fundamentalmente básicas como comer, asearse, vestirse, defecar, entre muchas otras más. Por lo general, es un trabajo muy poco reconocido a todos los niveles sin tomar en cuenta que es uno de los que más dedicación requiere: tiempo completo, desgaste biológico, psicológico, social y espiritual para quien lo realiza, aunado al desgaste funcional de la familia como tal.

En la literatura se encuentra que hay dos tipos de cuidadores que se encargan de cuidar y atender las necesidades del paciente; estos cuidadores se identifican por ser informales y formales.

Según Armstrong P. y Armstrong H. (2001) mencionan que hay **Cuidadores Primarios Formales**, estos son integrantes del equipo de salud y capacitados para dar un servicio profesional, remunerado, por tiempo limitado (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.); la mayoría se centra en la atención del enfermo sin sospechar ni tener en cuenta los problemas del cuidador primario, ni del entorno familiar.

Según Carretero, Garcés, Ródenas y Sanjosé (2006) los cuidadores Primarios Formales son proveedores de cuidados que:

- ❖ Reciben una retribución económica por suministrar los cuidados.
- ❖ Están asociados a un sistema de servicio establecido como las organizaciones gubernamentales, nacionales o internacionales.
- ❖ Están calificados profesionalmente para la práctica de la asistencia como los profesionales sanitarios.
- ❖ Proporcionan en general servicios de cuidado personal, visitas de enfermería y tareas del hogar

De acuerdo con Wilson (1989) se entiende como **Cuidador Informal** aquella persona procedente del sistema de apoyo del paciente, sea un familiar o un amigo que asume la responsabilidad absoluta del enfermo en todo lo que respecta a su atención básica, no posee formación formal para suministrar los cuidados ni tampoco sobre las necesidades físicas y/o mentales que provocan la enfermedad.

Otros autores lo mencionan como **Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF)**, siendo éste quien asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a

realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; sin recibir una retribución económica, ni capacitación previa para la atención del paciente.

Finalizando el cuidador primario informal es aquella persona perteneciente a la red familiar o cercana al paciente, que se encarga de asistir y brindar cuidados de manera voluntaria sin previa capacitación a aquella persona que por alguna enfermedad o pérdida de su autonomía necesita cuidados; relacionándose emocionalmente con el paciente, en donde su vida diaria se ve mermada por la actividad que realiza, sin una retribución económica y sin un horario establecido.

Con todo lo anteriormente mencionado se reconoce la importancia del cuidador conforme progresa la incapacidad del paciente, y ejerce funciones de enlace con la familia, provee cuidados básicos de todo tipo dentro y fuera del domicilio, sirve de apoyo emocional y toma decisiones respecto a su atención.

2.2 PERFIL DEL CUIDADOR PRIMARIO

Con respecto al perfil del cuidador, estudios antecedentes han destacado las condiciones demográficas, sociales, culturales y psicológicas que se han identificado constantes en las personas que cuidan a largo plazo de un enfermo en estado de postración.

Las variables sociodemográficas del cuidador primario que determinan su perfil son: el nivel educativo, la edad, el sexo, estado civil, situación laboral, en nivel económico y la clase social (Carretero, Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2006).

Las investigaciones realizadas en Europa y Norteamérica en torno al perfil demográfico y psicosocial e impacto de esta situación han sido en cuidadores de pacientes con algún tipo de demencia, trastornos de tipo psiquiátrico, cáncer, SIDA y adultos mayores, reportando que el sistema informal es la fuente principal de cuidados hasta en el 85%.

El perfil de la persona cuidadora según Araneda, Escobar y Astudillo (2006) generalmente es de una edad superior a los 40 años, de sexo femenino, casada, que cohabita con la persona que cuida, con un bajo nivel de estudios y de escasos recursos económicos, de una dedicación preferente al hogar y al cuidado que se refleja en la dedicación de tiempo completo a esta actividad.

Salmerón y Alonso (2006) describen el perfil del cuidador de paciente con demencia española. La edad promedio del cuidador fue de 57 años; con un rango de edad de 37 a los 80 años. De los cuales el 73.7% eran mujeres (14 sujetos) y el 26.3% eran hombres (5 sujetos). Quienes en su mayoría eran las hijas 57.9% las principales proveedoras del cuidado. De los 19 cuidadores, el 42.1% desempeñaban un trabajo de tipo manual, el 42.1% desempeñaban labores en el hogar y el 15.8% una ocupación de tipo más intelectual.

En relación con la edad del cuidador, se ha señalado que los cuidadores de mayor edad tienden a presentar mayor deterioro en la calidad de vida, sobre todo en lo que respecta a la salud. Los cuidadores de 55 años presentan la mayor prevalencia de problemas emocionales y padecen con mayor frecuencia molestias o dolores y se sienten menos satisfechos con sus vidas que los cuidadores de menor edad (Rinaldi, Spazzafumo, Mastriforti, Mattioli, Mavardi, Polidori, 2005).

En otro estudio realizado por García, Rodríguez y Navarro (2004) reportaron que las cuidadoras más jóvenes muestran niveles de sobrecarga más altos que las de más edad, tal vez porque perciben un mayor coste de oportunidad asociado a cuidar, relacionado, con los conflictos para compatibilizar empleo y cuidados.

El tiempo que le dedican al paciente diariamente es alrededor de unas 4 horas y sin periodos de descanso, tienen escaso apoyo, la situación del cuidador presentan restricciones en su vida social, en su estado de salud, en su tiempo libre,

en su intimidad, perturba de modo intenso su equilibrio personal y familiar, dañando gravemente la relación intrafamiliar y experimentando una profunda soledad.

Estudios realizados en población mexicana, que describen el perfil del cuidador no difiere de la literatura y de estudios de otros países; ya que en su mayoría es la mujer quien asume la responsabilidad del cuidado, es casada, con un nivel de educación bajo, al igual que su estado socioeconómicos, con un tiempo de cuidado de más de seis meses y que además de cuidar a su paciente, realizan otras actividades.

Las investigaciones realizadas en México sobre el perfil psicosocial del Cuidador Primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas, revelan que hay una alta prevalencia del género femenino 98%, en cuanto al estado civil fueron los solteros con 53.5%, el parentesco de los cuidadores en relación con el paciente fueron los hijos con 53.5%, el grado de estudios con más frecuencia fue de primaria y profesional, abarcando 25.5%, así como el 55.8% no realizaba actividades laborales fuera de su hogar, con respecto a la edad oscila entre 40 a 61 años. El tiempo dedicado a cuidar a un paciente con afecciones neurológicas corresponde a concentrarse por jornadas que abarcan desde 12 a 24 horas al día con un porcentaje de 56% y la mayoría de los cuidadores 72.1%, no toman periodos de descanso (González, Vázquez, Díaz y Domínguez, 2008).

En otro estudio realizado por Islas, Ramos, Aguilar y García (2008), relacionado con el perfil psicosocial del Cuidador Primario Informal en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se entrevistaron a 46 cuidadores de los cuales se demuestra que el 76.1% son del sexo femenino por lo regular 32.6 % esposas e 32.6% hijas, 66.7% casadas, con una edad promedio de 50 años, de las cuales un porcentaje considerable reportó síntomas de estrés como 63% tristeza y/o depresión, 52% irritabilidad y enojo, 50% preocupación, miedo y ansiedad, 58.7% dificultad para dormir, 73.3% tensión muscular y el 45.7% cansancio.

De la Huerta y Corona en el 2003 realizaron un estudio concerniente a cuidadores primarios de pacientes con cáncer, mencionan que predomina el sexo femenino con 79% cuyo promedio de edad es de 64 años; dedicadas a oficios del hogar 93%; con estudios primarios 57.6% y la mayoría casadas 63%, Las enfermedades mentales y las cardiovasculares son las más frecuentes entre los cuidadores 51.1%.

En el estudio realizado por Araneda et. al., en 2006, evaluaron las características del cuidador principal y su relación con la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal dando como resultado que 62% se encuentran entre 41 años; 86% de los cuidadores primarios eran mujeres; 52% tienen pareja; 82% son parientes del paciente; 66% posee ingresos económicos inferior a siete mil pesos; 94% conoce el pronóstico de la enfermedad de su paciente; 80% dedica el total de su tiempo al cuidado de su paciente y 78% de los pacientes son dependientes.

Alpuche (2008) estudio una muestra de 141 cuidadores primarios informales en población mexicana de pacientes con enfermedad crónico degenerativa, en donde el 80.1% eran mujeres, en su mayoría con educación primaria 29.8%, casadas 73% y que se dedican principalmente al hogar 49.65. Siendo en su mayoría hija o conyugue 28.4%, y padres 14.9% quienes brindaban el cuidado. El paciente compartía el domicilio con su paciente 78%, y no recibía una remuneración económica 93.6% por su labor como cuidador.

Por otra parte la medición de las variables sociodemográficas del estudio Arredondo (2008) en población mexicana menciona que el 100% de los cuidadores primarios de niños con diabetes mellitus tipo 2 fueron mujeres y madres con una edad promedio de 36 años, escolaridad baja, casadas y dedicadas al hogar, con un ingreso familiar que fluctuaba entre 1 y 3 mil pesos mensuales.

En general podemos decir que la distribución del papel de cuidador no es homogénea en las familias; estas redes de cuidado giran en torno a una figura central, -la cuidadora principal- que se hace cargo del cuidado del paciente en estado de postración. Son aquellas mujeres de menor nivel educativo, sin empleo, amas de casa y de niveles socioeconómicos bajos que no reciben ningún apoyo físico, emocional, psicológico y social. En suma, todas estas características son las que configuran el gran colectivo de cuidadoras informales en el medio.

2.3 PERFIL DE RIESGO DEL CUIDADOR PRIMARIO

Las personas que son menos adecuadas para asumir la responsabilidad del cuidado de una persona enferma son:

- Aquel familiar que por su edad tiene diferentes incapacidades, por ser muy joven o de edad avanzada, o cursa con algún tipo de enfermedad crónico-degenerativa que pueda empeorar al realizar ciertas actividades, o las personas con ciertas discapacidades como los problemas en la columna vertebral que le impidan hacer esfuerzos físicos.
- Las personas que cursan con algún proceso infeccioso que pueda poner en riesgo al familiar enfermo
- Personas que por inexperiencia o por la relación con el familiar no sean adecuadas para determinadas labores.
- El familiar con antecedentes de trastorno psiquiátrico grave y que en esos momentos no se encuentre en remisión total.
- Persona con antecedentes de relación conflictiva con la persona enferma.

- Familiar que no puede dedicarse al cuidado del otro por carencia de recursos económicos suficientes para dejar de trabajar, sin perjuicio de sus propios gastos, o de otros familiares que dependan de él.
- Otros factores de riesgo para respuestas desadaptativas negativas del cuidador son: pérdidas múltiples, falta de soporte social. Buscar factores permite prevenir o anticipar estas posibilidades con el cuidador (Rodríguez, 2005).

Manual de apoyo para personas que brindan cuidados a otras. 2006 México centro oncológico integral. Secretaria de salud.

Se han llevado a cabo estudios que muestran los riesgos del cuidador en la salud. Sobre este aspecto, se han obtenido a través de auto informes que los problemas como: las lumbalgias, artritis y la hipertensión constituyen algunos efectos negativos directos. (Valles, Gutiérrez, Luquin, Martín y López, 1998)

Estos mismos autores han observado que los aspectos sociodemográficos (edad, sexo, nivel económico) están asociados a diversos niveles de riesgo de enfermar. Por ejemplo, se señala que los cuidadores de mayor edad se ven más afectados que los más jóvenes, al igual que la mujer con mayor predisposición a enfermar que los hombres, aunque sobre este aspecto no hay suficiente consenso, los cuidadores con bajos ingresos socioeconómico, alto nivel de dependencia del familiar y alta participación en las tareas de cuidado, tienen mayores probabilidades de tener mayor riesgo de enfermarse en el ámbito de la salud mental (Nijboer , Tempelar, Sanderman , Van Den Bos , 1999).

2.4 TAREAS DEL CUIDADOR PRIMARIO

El trabajo del cuidador incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios, y relación con los servicios sanitarios.

Cuidar también implica dar apoyo emocional y social. En definitiva, cuidar significa encargarse de las personas a las que se cuida.

Es importante diferenciar entre tres tipos de *actividades de la vida diaria (AVD)* que realiza el cuidador primario ante un familiar en estado de postración (Horgas, Wilms y Baltes, 1998):

- **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**, que se refieren a mantenimiento personal en términos de supervivencia física (asearse, alimentarse, vestirse, ayuda en la limpieza cuando los pacientes defecan etc.,)

- **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**, que aluden al mantenimiento personal en términos de la supervivencia cultural, y trabajo, actividades de ocio y actividades sociales, que atañen a las actividades comunitarias y auto enriquecedoras, por ejemplo: contestar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, cuidar el hogar, lavar la ropa, usar los medios de transporte y asumir la responsabilidad respecto de la medicación y el manejo de asuntos económicos

El cuidador primario se ubica en la categoría de *proveedor de cuidado* y *administrador de cuidado*, dependiendo del estado socioeconómico de la familia, el estado de salud del paciente, y del tiempo en que se requiere el cuidador.

- ❖ Los **proveedores de cuidado** realizan servicios que van desde compras, trabajo de la casa, hasta un cuidado físico de tiempo completo.
- ❖ Los **administradores de cuidado**, que tienden a tener carreras competentes, organizan servicios para que otros los provean y planean de manera sistemática las estrategias de intervención que satisfagan las necesidades del receptor del cuidado; por ejemplo: atención por parte de enfermeros (as) para que le proporcionen al paciente terapia física,

terapia respiratoria, terapia ocupacional, suministros médicos, cuidado en grupo durante el día etc.

En primera instancia una de las tareas que realizan los cuidadores primarios es que son informados por el médico sobre cómo va a ser la evolución de la enfermedad de su paciente, cómo se va a proceder para mantener o mejorar su calidad de vida y controlar sus síntomas y sus posibles complicaciones a fin de que puedan disponer de tiempo para ayudarle a resolver los asuntos pendientes y proveerse de los elementos necesarios para su asistencia.

El cuidador debe saber qué complicaciones pueden presentarse en el paciente y qué se puede hacer ante situaciones estresantes y/o críticas tales como la hemorragia masiva, crisis convulsivas o fatiga muy severas entre otros síntomas.

Otras de las tareas sería informarse sobre el uso y manejo de los diferentes medicamentos, por ende, si no tiene conocimiento alguno o presenta lagunas de la forma de administración podría complicarse por lo tanto tiene que estar constantemente en contacto con el equipo de salud.

García, Mateo y Gutiérrez (1999) describen que los cuidadores primarios informales cubren un espectro muy amplio de tareas de cuidado: desde tareas instrumentales de tipo doméstico, o los cuidados personales, hasta las tareas más especializadas que exigen que la persona que las realiza tenga cierta preparación; refiriéndose a ciertos cuidados de atención a la enfermedad y rehabilitación. Los tipos de cuidado que se presentan en los cuidadores primarios son:

**Tabla 2. Tipología de actividades de cuidado presentadas por la red informal
(García, Mateo y Gutiérrez, 1999)**

Cuidados prestados en el ámbito del hogar	
1.- Asistencia en el cuidado personal	Asistencia para la alimentación. Asistencia para el aseo. Asistencia para el vestido. Asistencia para la movilidad dentro del domicilio.
2.- Asistencia en actividades instrumentales	Preparar la comida. Realizar las tareas domésticas. Traslados fuera del domicilio. Hacer recados, compras y otras gestiones.
3.- Atención y vigilancia	Dar compañía. Ofrecer entretenimiento. Prestar vigilancia.
4.- Atención a la enfermedad	Administrar la medicación. Realizar curaciones. Prestar otros cuidados indicados por el médico.
5.- Cuidados de recuperación	Cuidados de fisioterapia. Cuidados de rehabilitación. Ejercicios de estimulación.
Cuidados en relación con los servicios sanitarios	

2.5 IMPLICACIONES DEL CUIDADO

Es importante, pensando en los datos anteriores, que al hablar de enfermedad, está ya no sólo se centre en “personas enfermas”, como es el pensar común, sino que también se debe pensar en quienes dedican gran, o quizás todo su tiempo, a cuidar a estas personas. Ellos son los encargados de sus necesidades básicas fisiológicas, psicológicas y sociales, y pueden presentar según González (2004), “una serie de problemas físicos, mentales, socioeconómicos y la alteración de su capacidad para atender a su asistido a causa de esta labor.

El rol de cuidador supone importantes repercusiones para la salud física y mental de la persona encargada de cuidar; por lo que en la actualidad se habla del “síndrome del cuidador” para referirse a dichas consecuencias negativas. Tal síndrome está provocado por los cambios en su modo de vida y el desgaste que provoca ver como un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas.

Es un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención. Según Zarit, Cheri, Boutseli (1987) definen “síndrome del cuidador” como el grado en que las cuidadoras(es) perciben que su salud, su vida social y personal y su situación económica cambia por el hecho de cuidar a alguien. Esta última definición es la que en nuestros días tiene más adeptos, de manera que actualmente se suele aceptar, la sobrecarga es la percepción que la cuidadora tiene acerca del modo en que cuidar tiene un impacto en diferentes aspectos de su vida.

Este impacto hace referencia a diferentes áreas antes mencionadas tales como, problemas físicos, psicoemocionales, socio-económicos y familiares.

2.5.1 Problemas físicos del cuidador primario

Según la literatura; hacerse cargo de una persona dependiente durante largos periodos de tiempo puede desencadenar problemas de salud en el cuidador ya que, cuando está sobrecargado, comienza a notar alteraciones en todos los aspectos de su vida. Entre las alteraciones físicas se encuentran el cansancio, dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares.

Las quejas principales de los cuidadores se refieren generalmente al esfuerzo emocional y físico. Los efectos acumulativos del estrés físico, la falta de sueño, tiempo y distracciones pueden, a su vez, facilitar la aparición de puntos sensibles en la relación de cuidados. Uno de cada dos cuidadores de un paciente con cáncer presenta niveles altos de ansiedad y uno de cada cuatro, niveles altos de depresión (Schultz y Beach, 1999)

Las horas para dormir se reducen en muchas ocasiones por la atención que demanda el paciente. El cuidador se ve obligado a levantarse continuamente y es incapaz de conciliar el sueño por la sensación de inseguridad que le da el estado de salud delicado de la persona bajo su cuidado.

De estos síntomas físicos tiene particular relevancia, la calidad del sueño que puede tener efectos nocivos sobre la salud. Chang, Tsai, Chang, y Tsao. (2007), realizaron un estudio donde concluyen que la calidad del sueño puede tener un impacto sobre varios aspectos de la calidad de vida de los cuidadores y que la ayuda al mejoramiento del sueño, brinda capacidad para atender a los pacientes y así mismos.

También se ha demostrado que existe deterioro de la función inmune de los cuidadores, a expensas de una reducción de sus niveles de inmunidad celular, que los hace más susceptibles a determinadas infecciones víricas. Además se ha especulado sobre su mayor predisposición a otro tipo de patologías como la

enfermedad ulcerosa péptica y la patología cardiovascular por el exceso de estrés continuo.

Así mismo, se ha visto en los cuidadores primarios los problemas de salud que padecen muchas veces son consecuencias de un descuido en su propia atención personal. El cuidado total de un paciente en estado de postración puede absorberlo de tal forma que olvide incluso las posibles enfermedades que padece, abandonando la mayoría de las veces sus tratamientos y sus controles médicos. La alimentación pasa a ser errática y descompensada, por falta de tiempo, los horarios de alimentación se vuelven desordenados y escasos por falta de organización.

2.5.2 Problemas psicoemocionales del cuidador primario

Según Bermejo en el 2002, menciona que cuidar a una persona enferma es una tarea ardua ante la cual la mayoría de los cuidadores experimentan algunas de las siguientes emociones:

- ❖ *Ante la sospecha de la enfermedad:* incertidumbre, desconcierto, hostilidad, cólera, incredulidad, desasosiego.

- ❖ *Ante el diagnóstico:* aturdimiento, bloqueo incomprensión, indefensión, negación de la evidencia, temor ante lo desconocido, sentimientos de soledad.

- ❖ *A medida que avanza la enfermedad:* descontrol emocional, culpa, estrés, sensación de ineficacia en la toma de decisiones, inseguridad ante las medidas tomadas para el cuidado del enfermo, sensación de aislamiento social, manifestaciones psicósomáticas de ansiedad y/o depresión.

Según Centeno (2004), la experiencia de cuidar día a día, a una persona en estado de postración trae consecuencias psicológicas negativas tales como:

- ❖ *Sentimientos de tristeza, desesperación, indefensión y desesperanza.*

- ❖ *Sentimientos de enfado e irritabilidad*, es frecuente que los familiares cuidadores experimenten estos sentimientos cuando perciben su situación como injusta o su labor de apoyo como poco reconocida.
- ❖ *Sentimientos de preocupación y ansiedad* ante la situación por la que pasan. Preocupación por la salud de su familiar, por su propia salud, conflictos familiares asociados.
- ❖ *Sentimientos de culpa* pueden experimentarse por muy diversas razones: por haberse enfadado con la persona a la que cuida, por pensar no hace todo lo que se puede, por desear que el familiar muera (para que deje de sufrir o para liberarse el cuidador de la situación), por descuidar otras responsabilidades, etc.

Todo esto resulta un peso muy importante a nivel emocional, complicado aún más por las dificultades en manejar el tiempo propio y las múltiples responsabilidades, así como sentir la presión de la dependencia del paciente, las diferentes respuestas ante tales circunstancias pueden ser enojo, resentimiento, amargura sobre las constantes tareas a realizar, privaciones y aislamiento.

La persona que provee los cuidados necesita darse cuenta de que estos sentimientos son comunes, aunque rara vez sean expresados.

Existen señales que se relacionan con los problemas emocionales tales como: los cambios frecuentes de humor, falta de concentración, pérdida de apetito o comer demasiado, olvidar las cosas, encontrarse continuamente cansado y la sensación de soledad y desamparo.

Otros signos comunes es sentirse triste o temperamental, llorar con más frecuencia de lo que solía hacerlo, tener un nivel de energía bajo, sentirse que no tiene nada de tiempo para sí mismo(a), ver a los amigos o parientes con menos frecuencia de lo que solía hacerlo, perder interés por sus aficiones o por las cosas que solía hacer con sus amigos o su familia y tener rabia contra la persona que se está cuidando o contra otras personas o situaciones. Pueden sumarse a los

sentimientos de frustración y estrés del cuidador la situación de que probablemente, no reciba ni siquiera palabras de agradecimiento de la persona a la cual se está cuidando.

El miedo e incertidumbre hacia el futuro al percibir que el deterioro del paciente es progresivo e irreversible, así como el temor a la remisión de la enfermedad cuando se encuentra en estado latente, es otro aspecto que impacta negativamente; generando estrés y ansiedad en el cuidador y la familia (Boyle 2000).

En estudios de tipo longitudinal con cuidadores de pacientes con Alzheimer, se han encontrado altos niveles de depresión, reducción en la satisfacción en la vida e incrementos en los problemas de salud a nivel psíquico y mayor riesgo de mortalidad en los cuidadores que experimentan tensión emocional y física respecto a los no cuidadores (Schultz y Beach, 1999).

Dichos problemas de salud son asociados con los niveles de dependencia del paciente, los problemas de conducta de éste y la falta de apoyo social en la mayoría de los casos estudiados.

2.5.3 Problemas socio-económicos del cuidador

La enfermedad puede producir una crisis social, que obliga a un reajuste del entorno social de la familia y del paciente. En ocasiones, cuando no tiene lugar una adaptación de la red social a la nueva situación se produce el aislamiento del enfermo y su familia.

La alta dedicación a los cuidados conlleva una restricción de la vida social de los cuidadores: disminuyen las posibilidades de salir con amigos, de relacionarse con familiares, de recibir o realizar visitas. Tiempo escaso, inexistente a veces, para el propio cuidado, para dedicarlo a otras responsabilidades o, simplemente,

para disponer libremente de él. Las familias con un paciente crónico tienen menos tiempo para las relaciones sociales; igualmente los amigos no saben cómo actuar; ya que en algunas ocasiones resultan incómodos los encuentros, disminuyendo los contactos precisamente cuando se necesita mayor apoyo emocional.

En ocasiones, el paciente es evitado por los amigos y/o compañeros que eluden realizar visitas, por temor a no saber qué decir y qué hacer en su presencia. Piensan que el enfermo prefiere estar solo, sienten que la relación ha cambiado y se genera una situación conflictiva en la que aumenta el malestar y ansiedad, por lo que se evitan visitas sucesivas.

Otro tipo de problema con respecto al área socio-económica se muestra en diversas investigaciones, que indagan el impacto de cuidar sobre la esfera laboral. Al abandono, temporal o definitivo, del trabajo remunerado, hay que añadir los casos en los que cuidar ha impedido a los cuidadores acceder a un empleo. Se estima que asumir el papel de cuidadores primarios ha condicionado la exclusión definitiva del mercado laboral de un 35% de ellas, y del 46% si tenemos en cuenta las exclusiones temporales (Espinosa et. al., 1996).

La falta de tiempo debida a la responsabilidad de cuidar de alguien excluye a la gente de opciones fundamentales de un desarrollo humano como, por ejemplo, la oportunidad de realizar un trabajo remunerado que genere derechos a la protección social y participar en las actividades sociales necesarias para la integración social (Gordon, Townsend, et al., 2000).

En definitiva, cuidar supone un elevado costo de oportunidad para las cuidadoras, teniendo como consecuencias la limitación de las posibilidades de progreso en una carrera profesional, el cambio de trabajo o el absentismo laboral. La exclusión del mercado laboral o de la precariedad en el empleo tiene también para los cuidadores primarios consecuencias a largo plazo, especialmente la falta de acceso a determinados derechos sociales, como el seguro de desempleo o las pensiones contributivas. Por lo tanto, las cuidadoras (es) tienen muchas

probabilidades de encontrarse en situación de pobreza y exclusión social (Moore, Zhu, Clipp, 2001).

Este hecho tiene consecuencias sobre el desarrollo personal, la autoestima y el apoyo social. Pero también repercusiones económicas, más críticas en cuidadoras de clases menos privilegiadas, a lo que se añade el incremento de los gastos derivados al cuidado del enfermo

2.5.4 Problemas familiares del cuidador

La enfermedad supone una profunda crisis en el funcionamiento de la familia, suele ser frecuente que está se cierre en cuanto a su distribución de roles; la familia se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ahora venía desempeñando en el miembro enfermo y en esta exigencia de responsabilidades suele presentarse de forma brusca (el enfermo deja de tener responsabilidad en relaciones con personas y entidades, laborales económicos) estando favorecida por la sobreprotección del enfermo, al que la enfermedad no ha privado absolutamente de capacidades de decisión y de control.

El cuidador primario desarrolla una relación muy estrecha con el enfermo quedando excluido el resto de los miembros lo que motiva la aparición de sentimientos de culpa, problemas de pareja y disfunción familiar. El enfermo también cambia de actitud con respecto a la familia dependiendo del grado de comunicación la relación será más o menos disfuncional (Pérez, Abanto y Labarta 1996).

Las demandas psicológicas y sociales de los enfermos con dependencia para el desempeño de la vida diaria, suele ser intensa para las familias y en particular para el cuidador primario. Se ha observado que los conflictos con otros miembros de la familia, la disminución de la autoestima y la carencia de una red de apoyo social, pueden acarrear efectos negativos por parte del cuidador, exponiéndolos a

sufrir de diversos problemas de salud, lo cual repercute negativamente en la calidad de vida del paciente, del cuidador y de la familia en general (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990).

La familia también se ve envuelta en una serie de sentimientos ambivalentes ante un familiar enfermo, lo que en ocasiones lleva a la mayoría de los familiares a alejarse de éste, evitando y delegando en algún otro integrante la función de cuidador, que en la mayoría de las ocasiones son mujeres (madre, hija o hermana), quienes a la vez se vuelven vulnerables física y emocionalmente.

Un problema importante que surge en el entorno familiar es la *claudicación* el cual es definido por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en 1993, como la incapacidad de los miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente. La crisis de claudicación familiar se produce cuando todos los miembros del grupo familiar claudican a la vez y es consecuencia de una reacción emocional aguda de los familiares a cargo del enfermo y en especial del cuidador.

La claudicación, como su propio nombre indica supone una rendición de la familia ante la enfermedad crónico-degenerativo y supone un enorme sufrimiento individual y colectivo de la familia y para el paciente.

Esta crisis emocional familiar suele tener desencadenantes comunes, siendo los más frecuentes: la aparición de síntomas nuevos o el agravamiento de algunos preexistentes; dudas sobre el tratamiento previo o su evolución; sentimientos de pérdida, miedo, incertidumbre y agotamiento del cuidador.

Capítulo III

Ansiedad y Afrontamiento

3.1 ANSIEDAD

El término ansiedad, proviene del latín “anxietas”, congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico (Maté, Hollenstein y Gil, 2004).

La ansiedad es un estado emocional, displacentero cuyas fuentes son menos fáciles de identificar; frecuentemente se acompañan de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento.

Se define también como un estado o sensación de aprensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor, resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más externo, cuya fuente puede ser desconocida o no puede determinarse. Este puede ser consecuencia de una respuesta racional ante determinada situación que produce tensión, como pasar un examen o solicitar un empleo, o de una preocupación general sobre las incertidumbres de la vida (Spielberger, 1972).

Para Kaplan, Sadock y Freedman (1979), la ansiedad es un sentimiento de temor difuso, desagradable muchas veces vago, acompañado de una o más sensaciones corporales recurrentes. Es una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante y permite a la persona que tome medidas para enfrentarse con la amenaza.

Kaplan y Sadock (1992) mencionan que la ansiedad es un estado emocional desagradable en el que sensaciones de peligro amenazador, caracterizadas por malestar, tensión o aprehensión, van acompañadas por un patrón característico de descarga del sistema nervioso autónomo implicando una tasa respiratoria alterada, un aumento de ritmo respiratorio, palidez, sequedad de boca, aumento de sudor, trastornos músculo- esqueléticos, temblores y sensación de debilidad.

La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndolo un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995); además tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños en el individuo desde su infancia (Miguel- Tobal, 1996).

La ansiedad es una respuesta adaptativa a nivel físico, psíquico, cognitivo-conductual, emocional-afectivo e interpersonal, que se anticipa a un futuro daño o peligro, ya sea real o imaginario, produciendo sentimientos y emociones como: preocupación, tensión, miedo, inquietud e inseguridad a causa de estímulos amenazantes, los cuales pueden ser tanto internos como externos.

Desde el punto de vista evolutivo, Darwin (citado por Vallejo y Gastó, 2000; Rojas 2001 y Varela, 2002) plantea que la ansiedad es un mecanismo adaptativo, positivo y natural que permite al organismo poner en marcha conductas de defensa ante una amenaza, un peligro real o simplemente para enfrentar una situación difícil.

También se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable, que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada con importantes manifestaciones somáticas. Genera una reacción autónoma del

organismo tras la presentación de un estímulo nocivo que constituye una amenaza, implicando a nivel físico un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático (Maté, Hollenstein y Gil, 2004).

La ansiedad como síntoma es un continuo que va desde la emoción normal hasta la ansiedad patológica, la cual supera los límites adaptativos y afecta de forma negativa el rendimiento y el funcionamiento psicosocial. Asimismo, es el núcleo central de una serie de síndromes clínicos específicos, los llamados trastornos de ansiedad (Vallejo y Gastó, 2000; Gandara y Fuertes, 1999).

Otros autores como Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon (2008) mencionan que la ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir, situaciones que afectan al sujeto y en las que se tiene algo que ganar o que perder. El concepto de ansiedad está estrechamente vinculado a la percepción de amenaza y a la disposición de respuestas frente a ella. Su función es advertir y activar al organismo, movilizarlo. Frente a situaciones de riesgo cierto o probable, de forma que pueda salir airoso de ellas. En cierto modo, se considera una respuesta normal que ayuda al individuo en la adaptación al medio y que le permite evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

En términos generales se considera que la ansiedad es adaptativa sí: es proporcional a la amenaza, es transitoria y dura mientras persiste el estímulo temido, y facilita la puesta en marcha de recursos para enfrentarlo o solucionar adecuadamente el evento. Sin embargo, la ansiedad se considera desadaptativa y por lo tanto problemática o patológica cuando es desproporcionada a la amenaza, si se mantiene en el tiempo y puede tener un origen biológico (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003).

3.1.1 Aproximaciones teóricas

Las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación. Existen varios enfoques y teorías que han abordado el concepto de ansiedad a lo largo de su historia.

1.- *La Teoría Biológica* concibe a la ansiedad como la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, la estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.

2.-*Teoría Psicoanalítica*. Sostiene que la ansiedad con la que el neurótico lucha es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego. Freud concibió la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica. Freud identifica elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos. Freud (1971) identifica tres aspectos sobre la ansiedad: 1) La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea. 2) La ansiedad neurótica, que resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo esta la base de todas las neurosis y 3) la ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el súper-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

3.- *Teorías Conductual.* El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso (*drive*) que provoca la conducta del organismo. Desde esta perspectiva, Hull (1921- 1952) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. La teoría del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que provocan la misma forma de respuesta emocional; además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual ésta mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado. La ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza

4.-*Teorías Cognitivistas.* Belloch, Sandín y Ramos (1995), consideran a la ansiedad como resultado de pensamientos patológicos. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.

Existen tres tipos de situaciones vitales que actúan como un potencial de amenaza y generan ansiedad en un gran número de personas (Varela, 2002):

1.- Situaciones de amenaza interpersonal: el acercamiento con la gente en ocasiones suele ser causa de ansiedad, ya que no siempre los demás resultan amigables; algunos ciertamente no son y otros, simplemente no nos lo parece.

2.- Situaciones en las que se evalúa a la persona: son aquellas en las que el individuo sabe que puede derivarse una consecuencia negativa para sí mismo. Sin embargo, en este tipo de situaciones se ve el valor positivo de la ansiedad, ya que cierto nivel de tensión suele ser bueno, principalmente en el incremento de la concentración y del éxito.

3.- Situaciones de la vida cotidiana: para algunas personas la vida diaria comporta muchas amenazas, para ellas las cosas más cotidianas tiene un lado adverso y aterrador. Los más propensos a reaccionar con ansiedad ante este tipo de estímulos, son los que poseen un rasgo de ansiedad, es decir, mantienen un carácter de tipo ansioso.

3.1.2 TIPOS DE ANSIEDAD

Spielberg (1966) describía que hay dos tipos de ansiedad: rasgo y estado.

Ansiedad- estado: son aquellos síntomas ansiosos en respuesta a circunstancias desencadenantes. La ansiedad aparece en un momento dado y no se debe a una tendencia habitual de la persona. Es un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de temor y una alta activación del sistema nervioso autónomo, aquellas situaciones que fuesen percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, lo suscitarían.

Ansiedad- rasgo: es la tendencia permanente de la persona a vivir ansiosa. (Personalidades ansiosas con algunas de las siguientes características: baja tolerancia a la frustración, marcado neuroticismo, rasgos de inmadurez psíquica,

excesiva meticulosidad, alto nivel de autoexigencia, etc.). Constituye una predisposición, por parte del individuo, a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes, y por tanto, a responder, a menudo, con fuertes estados de ansiedad.

Para Spielberger (1966), el mecanismo fundamental es, pues, la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona acerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas). Los factores fisiológicos o constitucionales, cognitivos y motivacionales que predisponen al individuo a hacer interpretaciones amenazantes respecto de la situación (rasgo), unidos al significado psicológico que tienen ciertas características ambientales que se producen en este momento (situación), son, en conjunto, factores determinantes de la reacción ansiosa (estado).

Rojas (1998) menciona diferentes tipos de ansiedad como la ansiedad exógena, endógena y existencial.

- La *ansiedad exógena*, es aquel estado de amenaza inquietante producido por estímulos externos de muy variada condición: conflictos agudos, súbitos, inesperados, situaciones de tensión emocional; crisis de identidad personal; problemas provenientes del medio ambiente.
- La *ansiedad endógena*, proviene de los sentimientos vitales lo que produce el organismo, se deriva de un trastorno psicofisiológico de estructuras cerebrales implicadas en la regulación de la vida emocional. También depende de la genética, la herencia y los cambios internos del organismo aunque, en bastantes ocasiones, los acontecimientos exógenos tiran de este plano y se producen acontecimientos ansiosos desencadenantes.
- La *ansiedad existencial*, no es patológica, la tiene todo ser humano por el solo hecho de serlo. Es aquella que proviene de la inquietud de la vida y nos pone frente a frente con nuestro destino, con la muerte y con el más allá.

También mencionan que la ansiedad se divide en normal, neurótica y psicótica:

a) *Ansiedad normal* es una emoción con valor adaptativo que actúa como un sistema de advertencia, alertando al individuo sobre la necesidad de actuar. En condiciones normales surge ante situaciones que implican una amenaza o un desafío para el individuo. Así, las exigencias de la vida cotidiana generan cierto grado de ansiedad, constituyendo un mecanismo de adaptación que permite mejorar el rendimiento en las tareas o situaciones que se debe de afrontar.

b) *Ansiedad neurótica*, la fuente de ansiedad es un peligro psíquico inconsciente (desconocido para el Yo), que se manifiesta en forma de síntomas neuróticos. El rasgo nuclear de la personalidad neurótica es la inseguridad, pánico que sufre el sujeto ante la posibilidad de dejar de existir.

c) *Ansiedad psicótica*, miedo a la disolución del Yo. Ansiedad relacionada con las vivencias propias de las fases productivas (alucinaciones o delirios). La despersonalización y la desrealización son síntomas relativamente frecuentes en la ansiedad patológica de cualquier naturaleza.

Por su parte, el DSM IV menciona los Trastornos de Ansiedad donde aparecen los siguientes:

- Crisis de angustia
- Agorafobia
- Trastorno de angustia sin/ con agorafobia
- Fobia específica
- Fobia social (trastorno de ansiedad social)
- Por estrés postraumático
- Por estrés agudo

- Ansiedad generalizada
- Por enfermedad médica

Mientras, que la CIE 10 describe los trastornos ansiosos llamado "Trastornos neuróticos, que contempla los siguientes subapartados:

- Trastornos de ansiedad fóbica
- Trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, ansiedad generalizada, trastorno mixto ansiosos- depresivo).

3.1.3 SINTOMAS DE LA ANSIEDAD

La ansiedad se puede presentar en cuatro formas (Rojas, 2001):

- En forma de crisis (ataques de pánico): que es cuando la ansiedad se asoma de manera repentina, sin previo aviso.
- Como episodio. Cuando el acontecimiento ansioso, con una intensidad moderada, una duración no tan breve y una instalación progresiva y uniforme.
- Como temporada. Donde la aparición de la ansiedad es más lenta y progresiva.
- Como estado: cuando la totalidad de síntomas se presentan en un momento concreto de una enfermedad.

Cada persona tiene su modo de expresar la ansiedad, misma que puede manifestarse en tres campos: el pensamiento, la fisiología y la conducta (Varela, 2002), Rojas (2001) incorpora dos campos, el psicológico y el asertivo.

1.- *Pensamiento*. Una persona ansiosa se ve asaltada por autovaloraciones negativas, sintiéndose incapaz de enfrentar la situación e imaginando todos los males que pueden derivarse de su incapacidad.

2.- *Fisiología*. El cerebro actúa de inmediato preparando el metabolismo para la acción, en el momento en que las alteraciones son muy intensas pueden llegar a generarse trastornos, si esto sucede es obvio que el valor adaptativo (positivo) de la ansiedad se ha perdido y la alerta se ha vuelto contra el propio organismo, llegando incluso, a cronificarse y llevándonos a la aparición de síntomas tales como: taquicardia, temblores, tics, tensión abdominal, náuseas, vómitos, etc. o incluso la aparición de enfermedades psicosomáticas.

3.- *Conducta*. La expresión de la ansiedad implica una gran variedad de actos, sin embargo la conducta más significativa del individuo ansioso es la evitación, ya que así nunca enfrentara la situación, sino que a medida que repita su conducta evitativa presentara ansiedad, por lo que, en definitiva, el círculo vicioso no se romperá nunca.

4.- *Psicológico*. Las personas van a presentar inquietud, desasosiego, vivencias de amenaza, temores difusos, inseguridad, sensaciones de vacío interior, disminución de la atención, melancolía, etc.

5.- *Asertivos*. Ante la ansiedad los seres humanos no saben qué decir a ciertas personas, no son capaces de iniciar una conversación, tienen dificultad para decir en lo que no está de acuerdo, bloquearse al hacer preguntas o al responder, adoptar una postura pasiva, etc.

Los síntomas de la ansiedad son muy variados y pueden clasificarse en diferentes grupos físicos, psicológicos, conductuales, cognitivos y sociales. Baeza et al. (2008) mencionan los siguientes:

Tabla 3. FACTORES	SIGNOS	SÍNTOMAS
1.- Físicos	<ul style="list-style-type: none"> *Taquicardia *Palpitaciones *Opresión en el pecho *Falta de aire *Temblores *Sudoración 	<ul style="list-style-type: none"> *Molestias digestivas *Nauseas *Sensación de obstrucción en la garganta *Sensación de mareo *Hormigueo
2.- Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> *Inquietud *Inseguridad *Sensación de extrañeza o despersonalización 	<ul style="list-style-type: none"> *Incertidumbre *Dificultad para tomar decisiones
3.- Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> *Inhibición *Huida *Estado de alerta e hipervigilancia 	<ul style="list-style-type: none"> *Impulsividad *Movimientos torpes
4.- Cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> *Dificultad para concentrarse *Rumiaciones *Susceptibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> *Pensamientos distorsionados *Sobrevaloración de detalles desfavorables
5.- Sociales	<ul style="list-style-type: none"> *Irritabilidad *Verborrea *Evitación o aislamiento 	<ul style="list-style-type: none"> *Ensimismamiento *Inhibición verbal

A grandes rasgos, son los tipos de respuestas que pueden presentarse, sin embargo, no todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros (Baeza et al., 2008).

3.1.4 ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS

Un estudio sobre cuidadores(as) de Andalucía, casi la mitad de las 1000 personas cuidadoras entrevistadas opinaba que cuidar tenía consecuencias negativas en su propia salud en algún grado, y cerca del 15% percibía este impacto con una intensidad muy elevada, proporción que aumentó al 72% cuando se analizó separadamente el grupo de cuidadoras de personas con enfermedades neurodegenerativas. El impacto negativo en la esfera psicológica fue mucho más evidente y era percibido intensamente en una proporción de cuidadores (as) que duplicaba a las que percibían impacto en su salud física. Las cuidadoras mencionaban problemas concretos, como depresión o ansiedad 22% y decían sentirse irritables y nerviosas 23%, tristes y agotadas 32% (Mateo, Millán, García, Gutiérrez, Gonzalo, López-Fernández, 2000).

El desarrollo de alteraciones en el estado de ánimo, tal como la ansiedad y depresión en el cuidador primario, ya que el 20% de los cuidadores las padecen, sin embargo, no todos los que cuidan llegan a desarrollar este tipo de síntomas, pero sin duda está latente el desarrollo de la misma, debido a que el desempeño como cuidador de un familiar enfermo, le predispone a asumir el rol de sustituto de las tareas del paciente, dejando a un lado sus propias necesidades, llegando a tener sentimientos de tristeza, malestar familiar, malestares físicos, exacerbaciones de enfermedades pre-existentes en el cuidador, vacío existencial, irritabilidad, intolerancia a la frustración (Gómez B. cols, 2005).

Existen estudios que han encontrado que entre 46 % y 59 % de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población (Tugrul, Eren, Ozcankaya, Civi, Ertuk y Ozturk, 2003). Se han identificado alteraciones en esta población que afectan múltiples esferas (emocional, social, estructural), las cuales se deben considerar síntomas que tienen igual relevancia que los que presenta el enfermo (Hudson, Arnold, Keck, Auchenbach, Pope, 2004).

3.2 ESTRÉS

El estrés es una respuesta general del organismo ante demandas internas o externas que en un principio resultan amenazantes, consistiendo, básicamente, en una movilización de recursos fisiológicos y psicológicos para poder afrontar tales demandas. El estrés, por tanto, es una respuesta adaptativa que puede resultar beneficiosa para incrementar y mantener el rendimiento y la salud.

En el siglo XIV, se usaba el término *stress* para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción. En el campo de la física se definió *stress* como la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa, que tiende a distorsionarlo; *strain* era la deformación o distorsión sufrida por el objeto (Hinkle, 1977; citado en Lazarus y Folkman, 1991). Esta definición está centrada principalmente en los eventos del entorno, como desastres naturales, agresión al organismo, problemas familiares o laborales, en esta definición no se hace mención alguna al concepto de estrés como una respuesta que se produce cuando el individuo está dispuesto a reaccionar ante el estrés, sino más bien se refiere a un cuerpo inactivo o pasivo que es deformado.

En el siglo XVIII, el fisiólogo Claude Bernard, usa el término estrés en el campo de la biología como indicador de un proceso activo de resistencia. En este mismo campo, los conceptos de *stress* y *strain* en el siglo XIX, fueron pensados como Antecedentes de la pérdida de salud.

De acuerdo con Walter Cannon (1929; 1932) menciona que el estrés es una forma de reaccionar del organismo ante la emergencia y ante el peligro. Este responde preparándose para atacar a la amenaza o para huir de ella, por eso se ha denominado a esta reacción “respuesta de lucha o huida”. Cuando esta respuesta ocurre, el sistema nervioso simpático estimula las glándulas adrenales del sistema endocrino para que segregue epinefrina, que activa al organismo. Según Cannon esta activación podría tener consecuencias positivas y negativas ya que es una

respuesta adaptativa porque prepara al organismo para responder rápidamente al peligro, pero el estado de alta activación puede ser nocivo si se prolonga.

Por otra parte la investigación sobre el estrés y la elección del término es obra de Selye (1936-1956), médico de nacionalidad austríaca. Este autor no tenía información psicológica, más bien su concepción estaba pensada en términos físicos: una fuerza presiona un cuerpo, que resiste con una reacción de tensión durante un tiempo.

La denominación más importante de Selye es el “Síndrome General de Adaptación” (S.G.A) menciona que una forma de adaptación del organismo a diferentes clases de estresores o estímulos externos es a través de 3 fases secuenciales de adaptación del organismo dentro de este síndrome.

a) **Fase de alarma**; se percibe e identifica el estímulo por parte de nuestro organismo. Inicialmente responde nuestro Sistema Nervioso y después el Sistema Endocrino, hay síntomas como la taquicardia, disminución del tono muscular y descenso de la temperatura corporal entre otros.

b) **Fase de resistencia**; Nuestro organismo mantiene una activación fisiológica máxima tratando de superar la amenaza y adaptarse a ella, de esta forma el organismo sobrevive. Esta fase puede durar semanas, meses y años; si es muy larga se le considera como estrés crónico. Sin embargo, si el estrés acaba en esta fase, el organismo puede retomar a un estado normal.

c) **Fase de Colapso o Agotamiento**; se produce sólo si el estímulo estresante es continuo o se repite frecuentemente. El organismo agota sus recursos y pierde su capacidad de activación o adaptación. Sobrevienen entonces las enfermedades relacionadas con el estrés como son: insomnio, falta de concentración, abatimiento, fatiga, extenuación, patologías inmunológicas, patologías cardiovasculares, patologías metabólicas y endocrinas, depresión, problemas gastrointestinales, infartos cardíacos, infartos cerebrales, etc.

La respuesta de nuestro organismo denominada Estrés o SGA no debe llegar siempre hasta la fase de agotamiento, lo ideal es que nuestra resistencia nos permita luchar y adaptarnos sin agotar nuestra capacidad de respuesta.

Wolf (1953; citado en Lazarus y Folkman, 1991) consideró el estrés como un estado que se produce en un ser viviente como resultado de la interacción del organismo con estímulos o circunstancias nocivas; es decir el estrés es visto como un estado dinámico del organismo, lo cual, apunta a aspectos del proceso de estrés como recursos necesarios para el afrontamiento, su costo, enfermedad y agotamiento. El estrés es un estado dinámico ya que resalta la relación entre el organismo y el entorno.

3.2.1 Perspectivas teóricas del estrés

Estrés como respuesta fisiológica. Teoría fisiológica

La teoría fisiológica desarrollada por Selye (1975) ha definido el estrés como la respuesta inespecífica del organismo ante la demanda de un agente nocivo (estresor o alarmador) que atenta contra el equilibrio homeostático del organismo. Es una respuesta orgánica normal ante situaciones de peligro, en esas circunstancias, el organismo se prepara para combatir o huir, mediante la secreción de sustancias como la adrenalina, producida por las glándulas suprarrenales. Esta sustancia se disemina por toda la sangre y es percibida por receptores especiales en distintos lugares del organismo, que responde para prepararse a la acción. Según Selye, la respuesta de estrés es inespecífica, ya que es producida por estresores diferentes como agentes físicos (frío, calor, un objeto punzante, etc.), psicológicos (insultos o amenaza de agresión) o psicosociales (pérdida de trabajo, crisis económica, etc.). Todos estos estímulos inducen a la misma respuesta del organismo: la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

Estrés como estímulo. Teoría de los sucesos vitales

Esta teoría hace referencia en los estímulos ambientales, es decir, localizó fuera del individuo el hecho gravitante del estrés. Los principales responsables de esta teoría fueron dos psiquiatras, Holms y Rahe (1967) quienes señalaron que la magnitud del cambio vital está alta y significativamente relacionada con la aparición de la enfermedad; cuando mayor sea el cambio vital o crisis, mayor es la probabilidad de que este cambio se asocie con la aparición de la enfermedad en la población de riesgo y existe una fuerte correlación positiva entre la magnitud del cambio vital y la gravedad de la enfermedad crónica experimentada (González, 1987).

El hecho de que los acontecimientos vitales aumenten los niveles de estrés, no quiere decir que vaya a producirse una enfermedad; para que ella se origine deben presentarse otros factores propios del sujeto. Además conviene señalar que, en muchos casos, los eventos vitales pueden desempeñar una función positiva en vez de enfermar, pueden activar la resiliencia (Walsh, 1998), o la posibilidad de crecer y madurar, o de adquirir nuevas destrezas, que mejoren los recursos de autoeficiencia y autoconfianza o desarrollen otras habilidades que acrecenten el bienestar.

Teoría de la evaluación cognitiva

Esta teoría atribuye a la persona la acción decisiva en el proceso, pues especifica que el estrés se origina en la evaluación cognitiva que hace el sujeto al intermediar las relaciones particulares entre los componentes internos y los provenientes del entorno. El principal expositor de esta perspectiva derivada de la psicología cognitiva fue Richard S. Lazarus quien, en 1966 presentó su primer trabajo, para, posteriormente en 1984 junto a Susan Folkman, escribir el texto primordial *Estrés y procesos cognitivos* (1986).

Este modelo considera que el estrés es el resultado de una evaluación de daño/pérdida, de amenaza o de desafío. En el primer caso, el sujeto evalúa

hechos consumados, en el segundo los anticipa y en el tercero se mueve entre las posibilidades de perder o ganar. Muchos factores personales influyen en esa evaluación (motivaciones, compromisos, creencias, expectativas, etc.), pero quizás el trabajo más importante de Lazarus haya sido el de definir con particular precisión los factores situacionales que hacen probable una evaluación estresante, que son los siguientes:

- ❖ **Novedad.** Una situación es nueva cuando la persona no ha tenido ninguna experiencia previa de ella. Si una situación es completamente nueva y ningún aspecto de ella ha sido conectado previamente con un daño, no será evaluada como amenazante. En cualquier caso, una situación nueva es estresante solo si hay una asociación previa con daño, peligro o falta de destreza para manejarla. En este caso, la novedad puede llegar a ser por sí misma una fuente de amenaza.
- ❖ **Impredictibilidad.** Implica que hay características ambientales predecibles que pueden ser discernidas, descubiertas o aprendidas. Cuando tenemos algún tipo de aviso de que algo doloroso o perjudicial nos va a ocurrir parece que tal acontecimiento se aprecia cómo menos estresante, bien porque permite la posibilidad de un afrontamiento anticipatorio, o bien por que proporciona al sujeto informes de cuando está a salvo del estresor.
- ❖ **Incertidumbre.** Hace referencia a la posibilidad de que un acontecimiento ocurra. La incertidumbre del acontecimiento introduce la noción de probabilidad. En circunstancias naturales condiciones de máxima incertidumbre son altamente estresantes. Un campo en el que se nota el papel jugado por la incertidumbre del acontecimiento amenazante es el de la enfermedad y la incapacidad física.
- ❖ **Factores temporales.** Incluyen la inminencia, la duración, y la incertidumbre temporal. La inminencia se refiere a cuánto tiempo pasa antes de que ocurra el acontecimiento, el intervalo durante el cual el

acontecimiento es anticipado. Cuanto más inminente es el acontecimiento, más intensa se torna su valoración. Cuanto menos inminente es el acontecimiento, menos urgente y más complejo se torna el proceso de valoración. La duración se refiere a la cantidad de tiempo durante el cual persiste el acontecimiento, lo cual se considera como un factor importante en la enfermedad.

- ❖ **Ambigüedad.** Cuando la información que necesitamos para nuestra valoración no es clara o no es suficiente, entonces la configuración del entorno nos parece ambigua. Si hay ambigüedad entonces los factores personales conforman la comprensión de la situación, y se interpreta la situación más en función de la persona que de los estímulos objetivos. Además, cuando un acontecimiento, estresor potencial, es ambiguo el individuo no tiene oportunidad para llevar a cabo una acción, por consiguiente queda varado en el estado de definición de problemas.

- ❖ **Programación de los acontecimientos estresantes con el ciclo vital.** Un acontecimiento estresante no ocurre en el vacío sino en el contexto del ciclo de la vida del individuo y en relación con otros acontecimientos, distantes, recientes o concurrentes. Estas propiedades contextuales específicas definen la programación de un acontecimiento. Un acontecimiento que ocurre “fuera de momento” puede significar que nos veremos privados del apoyo de nuestros iguales; puede significar que nos veamos privados del sentido de orgullo y satisfacción que acompañarían al acontecimiento si hubiera ocurrido en su momento; por lo tanto puede significar que nos veamos privados de la oportunidad de preparar un nuevo rol, o de afrontamiento anticipatorio.

Teoría bio-psico-social del estrés

El estrés integra tres componentes: el psíquico, el social y el biológico. La falta de recursos del individuo para controlar las demandas sociales y psicológicas puede dar lugar al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, asma,

jaquecas, úlcera péptica, dolores musculares, depresión y otros problemas de salud, así como la presencia de conductas de enfermedad (Cockerham, 2001; Mechanic, 1978, Siegrist, Siegrist y Weber, 1986; Turner, Wheaton y Llyyd, 1995). La personalidad está cada vez más implicada en el estrés, imponiéndose, hoy en día, el modelo de estrés como una transacción entre el individuo y el ambiente. Dicho enfoque define el estrés como una relación entre la persona y el entorno, el cual es percibido por el individuo como algo impuesto que excede sus recursos, poniendo en peligro su bienestar.

En forma específica Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. La clave de la psicología del estrés son los “actos de evaluación cognitiva” que determinan el valor de la amenaza.

Perspectiva teórica del Estrés por Lazarus y Folkman

La Teoría de Lazarus y Folkman (Lazarus y Folkman, 1984, 1987; Lazarus, 1991) maximiza la relevancia de los factores psicológicos (básicamente cognitivos) que median entre los estímulos (estresores o estresantes) y las respuestas al estrés. Desde esta perspectiva, el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno. Basándose en esta idea de interacción, núcleo de esta teoría (Sánchez-Cánovas y Sánchez López, 1994).

Lazarus y Folkman definen el estrés psicológico como “el resultado de una relación entre el sujeto y el ambiente, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1984). Esta teoría se centra en dos dimensiones básicas: la **valoración cognitiva** y el **afrentamiento**, entendidos ambos como los mediadores de las reacciones emocionales a corto plazo del estrés.

En primer lugar, el individuo ante una situación estresante podría llevar a cabo dos tipos de valoraciones cognitivas: **primaria** y **secundaria**.

➤ La **evaluación primaria** sería la valoración que hace el sujeto de las repercusiones de un acontecimiento o situación sobre su bienestar, y que pueden ser evaluadas como:

a) un *daño* o una *pérdida* que ya se ha producido, originando emociones negativas como culpabilidad, disgusto, tristeza, decepción y enfado.

b) una *amenaza*, en la que el sujeto anticipa el daño o pérdida (el potencial lesivo de la situación), generando emociones negativas tal como preocupación, ansiedad, inquietud, etc.

c) un *desafío*, en la que se produce una valoración positiva de las fuerzas o recursos necesarios para salir airoso de la situación, ocasionando emociones positivas como confianza, estimulación, esperanza, etc.

d) un *beneficio*, valoración que no induciría a reacciones de estrés y que produciría emociones positivas de felicidad, alegría, liberación, etc.

➤ La **evaluación secundaria** es la valoración del individuo acerca de sus propios recursos para afrontar la situación e implica el reconocimiento de recursos, un juicio sobre la idoneidad de la elección de determinados recursos para obtener el resultado esperado, así como la seguridad de que uno puede aplicar una estrategia en particular o un grupo de ellas de manera efectiva. La reacción de estrés depende sustancialmente de la forma en que el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento.

Ambos tipos de valoración no son procesos diferentes e interactúan determinando el nivel de estrés y la intensidad o calidad de la respuesta emocional que el sujeto experimentará en una situación concreta.

➤ **Reevaluación**, es decir, cambios en la evaluación inicial por nueva información recibida del entorno y/u obtenida de las propias reacciones de éste. La reevaluación permite que se produzcan correcciones sobre las valoraciones previas – primaria y secundaria –. La valoración que hace el sujeto de la situación o acontecimiento estaría influida por factores situacionales y personales.

De acuerdo con Schneiderman y Siegel (2005), el estrés produce, además, cambios en la conducta social de la persona. Así, cuando la respuesta emocional al estrés es la ira, entonces las conductas sociales negativas aumentan. La ira tiende a aumentar la agresión durante las expresiones estresantes. Se entiende, pues, el estrés como una reacción de alarma que perturba el equilibrio interno del organismo, conceptualizando como “sobrecarga”. Esa ruptura del equilibrio interno (homeostasis) se suponía casualmente relacionada con la enfermedad. Sin embargo, esta definición deja por un lado las características internas del ser humano y las interacciones que tiene este con el ambiente por lo que se continuó investigando sobre este tema.

Actualmente las definiciones del estrés coinciden en entenderlo como “una transacción entre la persona y el ambiente” (Marín, 1999), o una situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona hace. Desde este punto de vista el estrés es la condición que resulta cuando las transacciones entre una persona y su ambiente lo conducen a percibir una discrepancia (real o no) entre las demandas de la situación y sus recursos biológicos, psicológicos o sociales (Folkman y Moskowitz, 2004).

Esto explica por qué tanto para los cuidadores primarios como para los pacientes que están en estado de postración, tienen una diferente manera de

valorar y significar el diagnóstico de la enfermedad, ya que habrá quien lo valore como una amenaza o quien lo valore como un desafío o como una meta. Algunas de estas respuestas pueden ser consideradas como reacciones voluntarias del estrés, otras son respuestas voluntarias y conscientes ejecutadas para afrontar el estrés (Somerfield y McCrae, 2000).

En general se considera que una persona se encuentra sometida a una situación de estrés cuando ha de hacer frente a demandas ambientales que sobrepasan sus recursos, de manera que percibe que no puede darles respuesta de una manera efectiva. Esas condiciones ambientales generadoras de estrés reciben el nombre genérico de *estresores* (Crespo y Labrador 2003).

3.2.2 ESTRESORES

Según Crespo y Labrador (2003), las principales fuentes de estrés o estresores en la vida natural son:

- **Acontecimientos o sucesos vitales estresantes:** Pueden implicar acontecimientos extraordinarios y extremadamente traumáticos; son aquellos acontecimientos que se encuentran fuera de lo habitual de las experiencias humanas que pueden ser muy angustiosos para todo el mundo. Son situaciones que suponen una amenaza grave para la propia vida o la de familiares cercanos como los propios hijos, el cónyuge, amigos, vecinos.

Por lo general los agentes extraordinarios son experimentados por casi todos los seres humanos con un intenso miedo, terror y sentimiento de desesperanza. Los síntomas característicos son: la re-experimentación del acontecimiento traumático, la evitación de los estímulos asociados con él, o bien una falta de respuesta al mundo externo, denominada también como “anestesia emocional” y un aumento de la activación (*arousal*) como dificultades para conciliar el sueño, pesadillas en las cuales reviven los sucesos traumáticos.

- **Acontecimientos diarios: micro acontecimientos o “sucesos menores”**, que ocurren con cierta cotidianidad pero que actúan sobre la salud, no de forma directa, sino a través de los problemas que originan. Lazarus menciona que el estrés diario es el conjunto de sucesos de menor impacto o menos sobresaliente, pero muy frecuentes y próximos al individuo, los que poseen mayor significado para la salud. (por ejemplo, disputas familiares, problemas económicos).
- **Situaciones de tensión crónica mantenida:** por ejemplo, sobrecarga constante de trabajo o con perspectivas de futuro inciertas, continuas disputas familiares, cuidadores de enfermos crónicos, ancianos o dementes. Son sin duda la fuente de estrés más importante, pues une a la intensidad de la situación (similar a la de los sucesos vitales estresantes), el hecho de que su presencia sea continua.

3.2.3 ESTRÉS Y ENFERMEDAD

Desde los trabajos pionero de Cannon y Selye, se acepta que el estrés como pieza clave en los procesos psicopatogénicos, el término “enfermedades de estrés” se ha impuesto en la medicina. En psiquiatría, las situaciones de estrés son reconocidas como susceptibles de desencadenar manifestaciones psicopatológicas.

Los estilos de vida actual son cada día más demandantes, lo cual genera un incremento notable de las cargas tensionales que hay que sobrellevar, situación que puede producir la aparición de diversas patologías. El estrés es un concepto complejo que involucra una multiplicidad de factores y procesos interrelacionados, es decir, que no depende exclusivamente de las presiones o amenazas del medio el hecho de que una persona enferme sino de la conjunción singular de todas las variables intervinientes.

Cox (1978; citado por Pérez (2001), clasificó las afecciones que produce el estrés en seis categorías diferentes:

- a) *Efectos subjetivos*: por ejemplo, ansiedad, angustia, agresión, irritabilidad, apatía.
- b) *Efectos conductuales*: propensión a los accidentes, drogodependencia, excitabilidad.
- c) *Efectos cognitivos*: bloqueo mental, dificultad en la toma de decisiones, fallas de concentración.
- d) *Efectos fisiológicos*: por ejemplo, en los niveles de glucosa, en la presión sanguínea.
- e) *Efectos en la salud* como: asma, insomnio, desordenes psicosomáticos, trastornos cardiovasculares.
- f) *Consecuencias en el ámbito organizacional*: como ausentismo, pobreza de las relaciones interpersonales, baja productividad

Otra distinción importante que se ha realizado con respecto a las enfermedades que sobreviven a consecuencia del estrés, es la clasificación de dos grandes grupos: las enfermedades por estrés agudo y por estrés crónico.

- ❖ *Enfermedades por Estrés Agudo*: Según Bobes et al., (2001) estos padecimientos se presentan en los casos de exposición breve e intensa a los agentes lesivos, en situaciones de gran demanda que el individuo debe solucionar. Aparecen de forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente son reversibles. Las enfermedades que habitualmente se observan por estos efectos son: trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés post-traumático, ataques de pánico, fobia, trastornos del estado de ánimo (estado depresivo mayor), trastornos psicosomáticos, como úlceras, cefaleas, contracturas musculares. La ansiedad en una situación específica de peligro puede causar todos los síntomas anteriores, pero usualmente éstos desaparecen en corto tiempo.

- ❖ *Enfermedades por Estrés Crónico*: Siegman et al., (2000) menciona que la persistencia de los agentes estresantes durante meses o años produce enfermedades de carácter más permanente, con mayor importancia y gravedad. Inicialmente el estrés genera alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos o funciones vitales. Algunas de las alteraciones más frecuentes suelen ser: gastritis, insomnio, colitis nerviosa, migraña, depresión, agresividad, disfunción familiar, neurosis de angustia, trastornos sexuales, disfunción laboral, hipertensión arterial, infarto al miocardio, adicciones, trombosis cerebral, conductas antisociales y psicosis severas.

3.2.4 TIPOS DE ESTRÉS

Según Hans Selye (1936) “algo de estrés es esencial y saludable, la cantidad óptima de estrés es ideal, pero demasiado estrés es dañino”. Por lo tanto, una pequeña cantidad de estrés es necesario.

En general, Casas, (2000), considera que existen dos tipos de estrés:

- **Eutrés**: que se considera como el buen estrés, el cual es necesario, es la cantidad óptima, no es dañino y es una cantidad de estrés esencial para la vida, el crecimiento y la sobrevivencia. Este tipo de estrés nos incentiva en la vida, nos permite enfrentarnos a los retos, nos incentiva para tratar de obtener buenos resultados y adaptarnos a los cambios. Existe una cantidad de estrés óptimo la cual nos permite un rendimiento adecuado en nuestras actividades.
- **Distrés**: que se considera un mal estrés pues es dañino, patológico, que destruye al organismo, es acumulable, mata neuronas del hipocampo (CA 1), contribuye a producir patologías mentales, acelera el proceso de envejecimiento, etc.

3.2.5 SÍNTOMAS DE ESTRÉS (DISTRÉS)

Los síntomas de estrés que indican que el organismo no está manejando el estrés debidamente, Selye los dividió en tres categorías:

a) Síntomas de comportamiento y emocionales: Aprehensión, cambios de estado de ánimo, consumo excesivo de alcohol, depresión, desconfianza, disminución de la iniciativa, falta de satisfacción con las experiencias gratas, indecisión, inquietud, ira y hostilidad, irritabilidad, negación, pánico, retraimiento, crítico de uno mismo o de los demás, comerse las uñas, comportarse siempre a la defensiva, fumar en exceso, tendencia a culpar a otros, tendencia a llorar, tendencias suicidas, deterioro de la memoria.

b) Síntomas intelectuales. Falta de atención a los detalles, falta de concentración, falta de conciencia de los estímulos externos, olvido, preocupación, reducción de la creatividad, tendencia a enfocar el pasado en vez del presente.

c) Síntomas físicos: boca seca, anorexia, alteración de la capacidad motriz, contracciones musculares atípicas, diarrea o estreñimiento, dolor de cabeza, dolor de estómago, picazón del cuero cabelludo, estornudos, fatiga crónica, frecuente necesidad de orinar, indigestión, inhibición de la función sexual, hiperactividad, insomnio, náusea y/o vómito, palmas de mano sudorosas, palpitaciones del corazón, pérdida del apetito, piel húmeda y pegajosa, pupilas dilatadas, temblores y tics o espasmos.

3.2.6 ESTRÉS EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS

Los cuidadores primarios de pacientes en estado de postración con algún tipo de enfermedades crónicas requieren de una gran cantidad de tiempo y esfuerzo para prepararse y proveer el cuidado necesario para sus familiares. Los cuidadores tienen que manejar el conocimiento acerca de la enfermedad y sobre todo tienen que poseer las habilidades necesarias para responder ante una situación de

emergencia así como ser lo suficientemente diestro para proveer la ayuda necesaria, tanto técnica como emocional, que es requerida para el paciente que recibe los cuidados.

3.2.6.1 Estresores en el cuidado

Los estresores se refieren a las experiencias problemáticas asociadas a las demandas del cuidado del paciente. (Aneshense et.al., 1995). Los estresores tienen el potencial de influir sobre el proceso de adaptación de las personas al proceso de cuidado y pueden afectar al bienestar del cuidador, del enfermo y de la familia y se dividen en estresores primarios objetivos y subjetivos (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990).

Los estresores primarios se refieren a los eventos y acciones directamente asociados con la situación de dependencia de la persona receptora de los cuidados. Incluyen las demandas en lo que respecta al desempeño de las actividades de la vida diaria, los problemas de conducta del paciente y las necesidades de asistencia (número de horas para atender al paciente), así como, el tipo y la severidad de la enfermedad, es decir el grado de dependencia.

Los *estresores secundarios* se manifiestan en forma de conflictos familiares, laborales, económicos, reducción del tiempo libre, limitación de las actividades sociales (tensiones de rol) y tensiones intrapsíquicas como la autoestima, pérdida de la identidad, culpabilidad, etc.

3.2.6.2 Estresores objetivos del cuidado (demandas)

Entre los estresores primarios objetivos se incluyen las características de la dependencia del enfermo, las demandas, las tareas del cuidado, los síntomas del paciente y la duración del trastorno. Tendrían como consecuencias en los

cuidadores la sobrecarga, la tensión emocional, la cautividad al rol, el cansancio, etc. (Burgos, 2004).

El primer estresor objetivo está asociado al tipo y nivel de deterioro del paciente, este factor puede predecir en menor o mayor medida el nivel de carga del cuidador. Se ha señalado insistentemente que los cuidadores de personas con demencia presentan mayores problemas de sobrecarga y dificultades emocionales que aquellos que asisten a personas sin dificultades en área cognitiva o problemas de conducta (Vitaliano, Russo, Young, Teri y Maiuro, 1996).

Se destaca además la tendencia de los cuidadores de personas con discapacidad intelectual a presentar mayores trastornos depresivos cuando se comparan con los cuidadores que tienen demandas de cuidados de pacientes físicos.

En relación con la intensidad del cuidado, se ha encontrado asociaciones entre síntomas de depresión en cuidadores con mayor tiempo de dedicación al cuidado del enfermo y al escaso apoyo social (Navarro, 2004). Por ejemplo, las mujeres que proveen cuidados a su cónyuge por más de 35 horas semanales tienen mayor riesgo de sufrir trastornos mentales, identificándose dicho umbral a partir del cual las consecuencias negativas del cuidado se incrementan rápidamente.

Respecto al grado de dependencia de la persona cuidada, se ha encontrado que la depresión, la ansiedad y el estrés son problemas comunes en los cuidadores primarios y han sido abordados sistemáticamente por los estudios sobre los cuidadores de pacientes con dependencia. En este sentido, se ha señalado menos niveles de depresión y de ansiedad, así como problemas de salud física en cuidadores con personas con elevado grado de deterioro físico y mental (Schulz y Beach, 1999).

Dichos estresores han sido asociados a la carga del cuidador y podrían generar disfuncionalidad familiar, dependiendo de los recursos disponibles, el grado de ajuste y adaptación familiar a los desafíos del enfermo, la enfermedad y la discapacidad. Los principales estresores objetivos señalados han sido los problemas de conducta del paciente y la intensidad de las demandas del cuidado, generando consecuencias en la salud de los cuidadores (Pinquart y Sörensen, 2006).

3.2.6.3 Estresores subjetivos del cuidado (consecuencias/repercusiones)

Los estresores que pueden afectar negativamente al cuidador, son los estresores subjetivos, como la sobrecarga, los problemas de salud física y mental del cuidador. Pinquart y Sörensen (2007) en un meta-análisis reciente, señalan que los problemas de conducta del paciente, la edad mayor del cuidador, el apoyo social, el nivel socioeconómico, la convivencia diaria del cuidador con el paciente, la intensidad del cuidado, la depresión, la carga y el malestar del cuidador estaban significativamente relacionados con la salud física del cuidador.

3.2.6.4 Distrés psicológico en el cuidador primario

En algunas investigaciones como en Kresiman y Joy (1974) describieron las necesidades y la carga de estrés de los familiares del paciente con alguna enfermedad crónica; los cuales eran consecuencias de las múltiples hospitalizaciones del paciente, la carga de estrés de la familia, las creencias y actitudes familiares acerca del paciente y como las actitudes familiares determinaban el funcionamiento familiar.

Provencher (1996) describió las consecuencias negativas en los cuidadores tales como, problemas físicos, restricciones en la vida social, relación tensa entre los integrantes de la familia. La consecuencia más común en los cuidadores

primarios fueron problemas emocionales, disturbios en su desempeño con su red social y disturbios en su relación con los integrantes de la familia.

Fadden, Madianos, Magliano (1998) estudiaron la carga de estrés en familiares de pacientes con enfermedad crónica y encontraron que la carga de estrés se elevaba significativamente cuando los cuidadores contaban con pocos recursos de afrontamiento y cuando tenían un apoyo social reducido. Saunders (2004) afirmó que el estrés psicológico de los cuidadores primarios es un predictor significativo para el funcionamiento familiar. Los problemas psicológicos más comunes en los cuidadores primarios eran la ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal e ideación paranoide.

Finalmente, la literatura de las experiencias de familias con algún miembro con una enfermedad crónico degenerativa muestra evidencias que crean una continua carga de estrés en los cuidadores.

Los efectos negativos del cuidador primario van a depender de la manera en cómo valore el sujeto su rol de cuidador primario, la resiliencia. Las familias que cuentan con estrategias, recursos y habilidades que utilizan para tratar las crisis o estresores que se presentan características de un paciente con una enfermedad crónico degenerativa (Saunders, 2004).

3.3 AFRONTAMIENTO

Ante situaciones de estrés que requieren la respuesta del individuo, como sucede en la problemática de la convivencia diaria con un enfermo en estado de postración, los cuidadores principales necesitan poner en marcha sus recursos personales, que pueden ser tanto cognitivos como conductuales, con el fin de resolverla situación.

El concepto de afrontamiento se ha tratado en dos corrientes distintas; una se deriva de la experimentación animal y la otra de la psicología psicoanalítica del yo. La primera corriente se centra en el concepto de activación (*drive* o *arousal*), la cual define el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas (nocivas o peligrosas) y que disminuye el grado de *drive* o de *activación*; se señalan las conductas de evitación y huida. Este modelo no permite conocer a fondo sobre el afrontamiento humano ya que no se incluye el afrontamiento cognitivo y los mecanismos de defensa (Ridruejo, 1997; citado en Martínez y Solis, 2001).

En la corriente psicoanalítica de la psicología del ego, el afrontamiento se define como el conjunto de pensamientos flexibles que solucionan los problemas, y como consecuencia hay una reducción del estrés. Este modelo relaciona el afrontamiento sobre todo con la cognición, ya que hace referencia a varios procesos utilizados por el individuo para dominar las situaciones conflictivas. También, se concibe en él una jerarquía de estrategias que van desde mecanismos inmaduros o primitivos, que producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados, hace referencia a formas más amplias (Lazarus y Folkman, 1991).

En el siguiente segmento se presentan algunas definiciones que se le han dado al término afrontamiento.

Murphy (1974; citado en Pastrana, 1998), define el afrontamiento como un proceso que permite que la persona sea capaz de tratar con un reto o aprovechar una oportunidad donde la adaptación sería el resultado. Y que cada persona utiliza su propio método para enfrentar una situación particular en un momento específico.

Lazarus y Launier (1978, citado en Aduna, 1998) entienden por afrontamiento, los esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas que son creadas por la transacción estresante.

De acuerdo con Pearlin y Schooler (1978; citados en Aduana, 1998), el afrontamiento son conductas, cogniciones y percepciones en las que se ocupa la gente cuando contienda con los problemas de la vida.

Billings y Moss (1981; citados en Aduna, 1988 y Martínez Díaz y Solís, 2001) mencionan que el afrontamiento se define como los intentos que realiza la persona para emplear sus recursos tanto personales como sociales con el fin de manejar el estrés y de realizar acciones concretas que le permitan modificar las situaciones problemáticas.

Para Kagan (1983; citado en Pastrana, 1988), el afrontamiento se entiende como las relaciones que resuelven, reducen o renuevan el estado afectado clasificado como estresante.

Olson y McCubbin (1989; citados en Figueroa y col., 2005) destacan dos aspectos básicos. Por un lado, el afrontamiento como un proceso y por el otro, la eficacia del mismo. De acuerdo con estos autores el afrontamiento sería un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar la situación problemática presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso; sería una situación de aprendizaje por ensayo y error.

Para Seligson y Reynoso (1996; citados en Huerta y Corona, 2003) el concepto de afrontamiento enfatiza el confrontar o clarificar el problema para posteriormente generar conductas alternativas.

Frydenberg y Lewis (1997; citados en Figueroa, Contin, Lacunza, Levín y Estévez, 2005) definen al afrontamiento como las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectiva. Afirman que es

posible hacer una distinción entre afrontamiento general y específico, es decir el modo de como la persona encara cualquier situación (general) y una problemática particular (especifico).

Moss (1986; citado en Callejas, 2002) define una conducta de afrontamiento como una respuesta específica cognitiva o conductual de un sujeto o de un grupo de individuos para reducir o manejar las demandas internas o externas que se le presentan. De manera que, las conductas de afrontamiento son empleadas para manejar los problemas o las situaciones que causan estrés y ansiedad a la persona. Indican que las estrategias de afrontamiento no son inherentemente adaptativas o desadaptativas; ya que éstas pueden ser beneficiosas sí se les da un uso moderado o temporal y también pueden ser dañinas si dependen exclusivamente en un solo tipo de conducta. Desde esta perspectiva se considera a la estrategia de afrontamiento como una capacidad que puede aumentar o disminuir el bienestar frente a las demandas de la vida y los estresores.

Casullo y Fernández, Liporace (2001; citados en Figueroa y cols, 2005) consideran la capacidad de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos, acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan.

El afrontamiento desde la perspectiva de Lazarus y Launier en 1978, presentaron una primera definición para afrontamiento, refiriéndose a éste como el conjunto de esfuerzos, conductas o pensamientos, tendientes a manejar, tolerar, reducir o minimizar las demandas y conflictos sean internos o externos (Omar, 1995). Más tarde, Lazarus y Folkman desarrollaron un modelo explicativo, el cual provee las bases teóricas para verificar relaciones entre estresores, estrés y efectos adaptativos.

3.3.1 Definición de Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1991) definen el afrontamiento como: *“aquellos 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”*.

Este planteamiento está orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de como rasgo, ya que expresa que los esfuerzos cognitivos y conductuales son constantemente cambiantes dirigidos a demandas específicas y conflictos. Los rasgos se refieren a las propiedades que dispone el individuo para aplicar en determinadas clases de situaciones. Por lo que, esta definición de afrontamiento implica una diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, ya que limita el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo; por tanto, el afrontamiento se limita a aquellas condiciones de estrés psicológico que requieren la movilización, quedando excluidas las conductas y pensamientos automatizados que no requieren esfuerzo. Por otro lado, con esta definición queda resuelto el problema de confundir el afrontamiento con el resultado obtenido, ya que el afrontamiento se refiere a los esfuerzos para manejar las demandas, lo cual permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga. Por último, se evita equiparar el afrontamiento al dominio, con la palabra manejar, entendiendo por manejar como minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno.

3.3.2 El afrontamiento como proceso

Según Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales:

1.- Hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace en contraposición con lo que éste generalmente hace, o haría en determinadas condiciones.

2.- Lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico. Los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares. Para entender el afrontamiento y evaluarlo, necesitamos conocer aquello que el individuo afronta, cuanto más exacta sea la definición del contexto, más fácil resulta asociar un determinado pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno.

3.- Un proceso de afrontamiento es un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose.

Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. La dinámica que caracteriza el afrontamiento como proceso, son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno.

El afrontamiento tiene varios aspectos, principalmente, la relación entre afrontamiento y los eventos estresantes es un proceso dinámico. Al afrontar se realizan una serie de cambios entre la persona que tiene un conjunto de recursos, valores y compromisos y un ambiente específico, el cual también cuenta con sus propios recursos, demandas y contrastes. El afrontamiento no es una acción única en un momento específico, sino un conjunto de respuestas que van ocurriendo durante el tiempo. A través de las cuales la persona y el ambiente se influyen mutuamente.

El afrontamiento conjunta varias acciones y reacciones ante circunstancias estresantes. Las reacciones emocionales, incluyendo el enojo o la depresión, pueden pensarse como parte del proceso de enfrentar el evento así como aquellas

acciones que son tomadas en forma voluntaria para confrontarlo. En su momento, los esfuerzos para afrontar una situación estresante son moderados por los recursos que los individuos tienen a su alcance. *La figura 3* presenta un diagrama del proceso de afrontamiento.

El proceso de afrontamiento describe tres etapas:

- a) **Etapas de anticipación**. Durante la anticipación, el suceso no ha ocurrido y, por lo tanto, se evalúan todos los aspectos que lo conforman, incluida la posibilidad de que el acontecimiento ocurra, su naturaleza y el momento de su realización. Mientras las personas esperan una amenaza, sus pensamientos sobre estas cuestiones afectan sus reacciones ante el estrés y el afrontamiento.
- b) **Etapas de impacto**. En esta etapa se pierde el control de los pensamientos y acciones cuando el acontecimiento amenazante ha empezado o ha terminado y, por lo tanto, el individuo comienza a comprobar si es igual o peor de lo que él anticipaba y en qué aspectos.
- c) **Etapas de post impacto**. En este periodo emergen nuevas consideraciones en las que el individuo descubre la realidad de lo que está ocurriendo y lo que puede hacer al respecto, siendo esto lo que afecta el afrontamiento.

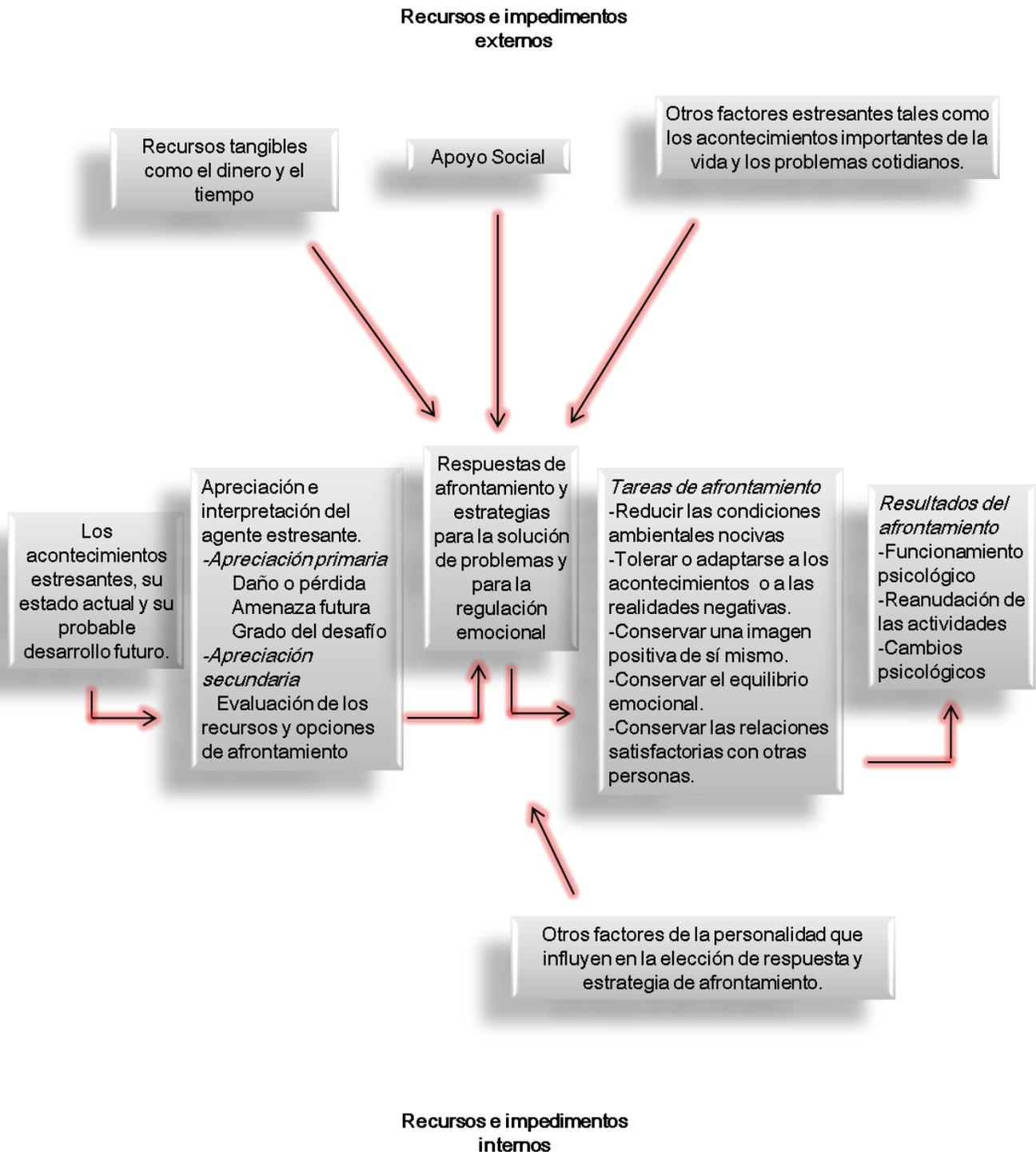


Figura 3. El proceso de afrontamiento (Fuentes: Cohen. F y Lazarus, 1979; Hamburgo y Adams, 1967; Lazarus y Folkman, 1984b; Moos, 1988; Taylor, 1983).

3.3.3 FUNCIONES DEL AFRONTAMIENTO

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; mientras que, el resultado del afrontamiento tiene que ver con el efecto que cada estrategia tiene. Por lo tanto las funciones no se definen en términos de resultados. Hay 3 objetivos principales del afrontamiento:

- Afrontar las demandas sociales y del entorno.
- Crear el nivel de motivación necesario para hacer frente a tales demandas.
- Mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.

Folkman y Lazarus (1980), mencionan que las dos funciones más importantes, son las que el afrontamiento puede reducir las reacciones de estrés, algunas veces mediante acciones que cambian la relación real entre la persona y el medio (*afrontamiento centrado en el problema*) y algunas veces cambiando meramente el significado de dicha relación (*afrontamiento centrado en la emoción*). También se ha usado el término afrontamiento cognitivo para expresar esta idea de que el afrontamiento puede influir sobre el estrés y la emoción mediante una revaloración de la relación persona- medio (Lazarus, 2000).

Las formas en como una persona afronta los acontecimientos que han valorado como estresantes, están asociadas a la experiencia anterior en situaciones similares, creencias sobre el yo y el entorno y la disponibilidad real de recursos para responder con efectividad. Así, pues el hecho de que una persona interprete o no un acontecimiento o situación en concreto, como estresante depende de cosas como su experiencia previa en situaciones semejantes, de si sus respuestas anteriores a tales situaciones fueron eficaces o no, de si los recursos de afrontamiento que utilizó en tales ocasiones son utilizados o no, de si la persona

crea que las exigencias de la situación pueden ser satisfechas, y de si la persona cree que puede manejar el estrés o no (Lazarus y Folkman, 1991).

3.3.4 RECURSOS DEL AFRONTAMIENTO

Los recursos de afrontamiento son los elementos y/o capacidades, internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante.

Terry (1991; citado en Sotelo y Maupome, 2000) afirma que la forma en que el individuo afronta una situación dependerá principalmente de los recursos de que dispone y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada. Al referir que una persona tiene muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene la habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. (Lazarus y Folkman, 1991). Estos recursos son:

- ❖ **La salud y energía** (recursos físicos), una persona enferma, frágil, cansada o débil tiene menos energía que aportar al proceso de afrontamiento que otra saludable. Es importante el bienestar físico para resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización ardua.

- ❖ **Habilidades sociales**, es la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás de una forma socialmente adecuada y efectiva. Este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.

- ❖ **Creencias positivas (recursos psicológicos)** se incluye la esperanza (Dios, médicos, tratamientos etc.) que favorece el afrontamiento en situaciones adversas, ésta existirá sólo cuando tales creencias hagan posible un resultado positivo, o por lo menos probable.

- ❖ **Técnicas de resolución de problemas**, incluyen habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar las posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado.

- ❖ **Apoyo social**, el hecho de tener a alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible ha recabado mucha atención como recurso de afrontamiento en situación de estrés.

- ❖ **Recursos materiales**, los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de las situaciones estresantes ya que proporciona el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo.

Otros tipos de recursos que se encuentran en el individuo según Mendieta (1997) son:

1.- **Físico- Biológicos**, incluyen todos los elementos del entorno físico de la persona que están disponibles para ella. Por ejemplo, ciertos factores relacionados con la salud biológica más inmediata (mal nutrición) indudablemente están relacionados con la respuesta fisiológica a los estresores.

2.- **Psicológicos/ psicosociales**, que van desde la capacidad intelectual de la persona hasta su sentido de autoestima, nivel de independencia o autonomía y sentido del control. Los recursos psicológicos incluyen las creencias que pueden ser utilizadas para sostener la esperanza, destrezas para la solución de problemas, la autoestima y la moral.

3.- **Culturales**, tienen que ver con las creencias de la persona y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores, símbolos, vienen dadas por la cultura del individuo.

4.- **Sociales**, que incluyen la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, de los que se puede obtener información, asistencia tangible y apoyo emocional. Se incluye la red de apoyo social disponible para el sujeto. Precisamente el apoyo social parece uno de los recursos de afrontamiento más importantes con respecto a la enfermedad en general, y a la enfermedad crónica en particular. El apoyo social puede incluir los recursos materiales tangibles como dinero, instrumentos y equipo.

3.3.5 RESPUESTAS DEL AFRONTAMIENTO

Las estrategias de afrontamiento son las conductas que se presentan ante un evento estresante. Una estrategia usada para el afrontamiento pertenece a un recurso de uso prolongado o constante.

Se han caracterizado las estrategias de afrontamiento en dos enfoques:

- 1.- Estrategias centradas hacia la resolución de problemas
- 2.- Estrategias centradas en la emoción

Para Parker (1996, cit. En Maris, 2003). **Las estrategias centradas en la solución del problema:** consisten en cambiar la relación ambiente-persona, se intenta manejar o alterar las fuentes generadoras de estrés, actuando sobre los efectos de la situación estresante. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste: como ellas, generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. (Lazarus y Folkman, 1986). Pero la resolución de problemas implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que, el afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio puesto que incluye estrategias que hacen referencia al interior del sujeto, las cuales están dirigidas a ayudar al individuo o a manejar o resolver los problemas.

Según Kahn y et.al., (1964), menciona dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema: las que hacen referencia al entorno y las que se refieren al sujeto. En el primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos etc., y en el segundo grupo se incluyen las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

Las estrategias centradas en la emoción: La función de este tipo de afrontamiento es cambiar lo que está ocurriendo para mitigar el estrés y disminuir el malestar y el dolor emocional.

La investigación sobre afrontamiento ha señalado que una de las funciones de afrontamiento es la regulación de la emoción provocado por un estresor (Moss, 1977; McCare, 1984; Citado en Aduna, 1998).

Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. El

afrontamiento centrado en la emoción consiste en el intento de la persona en llevar a cabo un control de la situación. Cambia la manera de pensar o entender acerca de lo que está ocurriendo, se pasa de una valoración amenazadora a otra más serena o positiva.

Se utiliza el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no nos importara. Estos procesos conducen por sí mismos a una distorsión de la realidad.

El afrontamiento enfocado a la emoción puede ser usado para alterar el significado de la situación y realzar el sentido de control del individuo sobre el estrés. Se consideran como respuestas cognitivas cuya función primordial es analizar las consecuencias emocionales de los estresores y ayudar a mantener el equilibrio emocional, un ejemplo es la regulación efectiva y la descarga emocional (Aduna, 1998).

El hecho de que la definición de estrategias de afrontamiento dirigidas al problema dependa de los tipos de problema a afrontar, también se pueden incluir las estrategias dirigidas a la emoción, Lazarus y Folkman, (1991) mencionan otro tipo de afrontamiento que es mixto.

El afrontamiento mixto: el afrontamiento dirigido al problema se acompaña del afrontamiento dirigido a la emoción en muchos eventos estresantes, debido a que es importante tener al menos algún control sobre las propias emociones cuando se trata de manejar o altera una situación estresante.

Tanto el afrontamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción pueden interponerse entre el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro.

Este modo de afrontamiento es la combinación de actos o intentos de hacer algo activo en combinación con los recursos sociales, que conducen a la búsqueda de un apoyo social para cambiar a mediano o largo plazo la relación persona-medio ambiente (Guerra, Villagrán- Vázquez y Díaz- Loving, 1998).

Existen diversos factores que influyen en el proceso de afrontamiento como el género, estado civil, escolaridad, ámbito laboral, etc., así cada individuo actúa o emplea diferentes estrategias de afrontamientos pasivos o activos que medirán la funcionalidad de la adaptación a la enfermedad.

3.3.5.1 Estrategias de afrontamiento por Lazarus y Folkman, McCubbin y Carver.

Gran parte de la bibliografía coincide con el modelo de las ocho estrategias de Lazarus y Folkman (1984- 1988) pero otros investigadores han presentado otras formas de manejo del estrés más completas o detalladas como las de McCubbin (1987; citados en Zeidner et. al, 1996) describiendo 12 estrategias de afrontamiento. Por su parte, Carver et. al, (1989; citado en Zeidner et. Al, 1996) que cuestiono el modelo de Lazarus y Folkman, identificando 13 categorías diferentes, correspondientes a diferentes dimensiones de afrontamiento o de manejos posibles de estrés. A continuación se darán a conocer los diferentes trabajos de estos autores.

Lazarus y Folkman (1985- 1988) (1984; cit. En González, 2004) han estipulado ocho estrategias de afrontamiento. Tres centradas en la solución del problema y cinco centradas en la emoción.

Tabla. 4 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN FOLKMAN Y LAZARUS (1985;1988).
Estrategias centradas en el problema
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Confrontación: Son aquellas acciones directas para alterar la situación. Ejemplo: “me mantuve firme y luché por lo que quería”. ➤ Búsqueda de apoyo social: Acción para buscar consejo, información o simpatía o comprensión. Ejemplo: “acudí a personas amigas que pudieran darme una mano”. ➤ Búsqueda de soluciones: Acciones orientadas a buscar las posibles alternativas de solución. Ejemplo: “analice detenidamente la situación y me tracé un plan de acción paso a paso”.
Estrategias centradas en la emoción
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autocontrol: esfuerzos por regular los sentimientos y acciones. Ejemplo: “intente controlar mis sentimientos y que no me dominara el problema”. ➤ Distanciamiento: Esfuerzos para separarse de la situación. Ejemplo: “procure distraerme y no pensar demasiado en el problema”. ➤ Reevaluación positiva: Esfuerzos para crear un significado positivo. Ejemplo: ”pasar por esta experiencia enriqueció mi vida”. ➤ Autoinculpación o autocastigo: verse como responsable de los problemas por medio de autorreproches o autocastigos. Ejemplo: “asumí que yo me había buscado el problema. ➤ Escape/ Evitación: evitación de la situación de estrés. Ejemplo: “fantaseé y soñé con tiempos mejores”.

McCubbin (1987; citados en Zeidner et. al, 1996) describe 12 estrategias de afrontamiento.

Tabla 5. Estrategias de afrontamiento según McCubbin, 1987.

- **Ventilando sentimientos:** es la expresión de las tensiones y frustraciones.
- **Buscando diversiones:** escapar de las fuentes de tensión, mirando películas o jugando videojuegos.
- **Desarrollando la autoconfianza y el optimismo:** los esfuerzos por ser más organizados, asumiendo la situación.
- **Búsqueda de apoyo social:** focalizando en conectarse con otra gente a través de la expresión de los afectos y la resolución mutua de los problemas.
- **Resolviendo los problemas familiares:** hablando con los padres o buscando entrar en razones con ellos.
- **Evitando problemas:** usando sustancias tóxicas para el cuerpo como un camino de escape para no enfrentar las dificultades personales.
- **Búsqueda de apoyo espiritual:** se recurre a la iglesia, orando y hablando con el sacerdote.
- **Involucrándose con amigos íntimo** con quien compartir.
- **Búsqueda de ayuda profesional**
- **Integrándose a actividades:** trabajando en proyectos, proponiéndose logros y metas.
- **Teniendo buen humor:** buscando el sentido del humor y siendo divertido.
- **Relajación:** orientado a aliviar las tensiones, comiendo, durmiendo de día, conduciendo etc.

Para Carver et. al, (1989; citado en Zeidner et. Al, 1996) identificó 13 categorías diferentes, correspondientes a diferentes dimensiones de afrontamiento o de manejos posibles de estrés.

Tabla 6. Estrategias de afrontamiento según Carver et. al, 1989.

- **Afrontamiento activo:** “hago lo que debo, un paso a la vez”.
- **Planificación:** “elaboro un plan de acción”.
- **Suprimiendo la competencia de actividades:** “dejo otras actividades para concentrarme en la actual”.
- **Restringiendo el afrontamiento:** “espero el momento propicio para hacer las cosas”.
- **Buscando Apoyo social por razones instrumentales:** “converso con la gente buscando nuevas ideas para afrontar el problema”.
- **Buscando Apoyo social por razones emocionales:** “hablo con la gente acerca de cómo me siento”.
- **Reinterpretación positiva y crecimiento:** “aprendo cosas de la experiencia”.
- **Aceptación:** “aprendo a vivir con el problema”.
- **Volviendo a la religión:** “pongo mi confianza en Dios”.
- **Focalizando en la ventilación de las emociones:** “dejo salir mis emociones”.
- **Desvinculación conductual:** “renuncio a intentar concretar mis metas”.
- **Desvinculación emocional:** “sueño acerca de otras cosas en lugar de esto”.

Para Urquidi (1999) las diversas estrategias de afrontamiento que los individuos despliegan ante situaciones estresantes, pueden o no ser efectivas, esto dependerá de si dichas estrategias ayudan a resolver el problema, ya sea cambiando las condiciones ambientales o modificando la percepción de las mismas

(a través de la reestructuración cognoscitiva) o del manejo pertinente de las respuestas emocionales.

Se consideran estrategias funcionales las orientadas a focalizarse en el problema la búsqueda de soluciones y de apoyo social, el autocontrol, la reestructuración positiva, el afrontamiento activo, la planificación, el optimismo, el buen humor y otras por el estilo, en tanto se estiman disfuncionales la autoinculpación, la negación, el pesimismo, las conductas y pensamientos evasivos o de escape, como el consumo de sustancias, refugiarse en la fantasía o recurrir al pensamiento mágico, entre otras estrategias.

3.3.5.1 Estrategias de afrontamiento y cuidador primario

Al revisar la literatura sobre la carga del cuidador, se ha identificado que las estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo son las que han logrado reducir el impacto de las demandas del cuidado en el cuidador. En concreto se hace referencia a la maestría del cuidador asociada a un afrontamiento activo y la reducción de las percepciones de amenaza (Bookwala y Schulz, 1998).

De la misma forma, las estrategias orientadas a la evitación se asocian con mayores niveles de depresión (Haley et. al., 2003) mayores niveles de ansiedad y problemas de salud mental e interferencias en las actividades de la vida cotidiana. (Vedhara et. al., 2001). Igualmente, la interpretación positiva del contexto de la situación de cuidados se correlaciona significativamente con una mejor salud mental en general, aunque esta misma asociación no se observa con respecto a la salud física del cuidador (Farran, Kaufman y Davis, 1997).

La investigación respecto a la efectividad de las estrategias de afrontamiento para afrontar las dificultades del cuidado indica unos resultados más complejos que los que señalan los postulados teóricos. De hecho, existe poco consenso respecto a si algunas estrategias de afrontamiento son inherentemente más o menos

efectivas (Silver y Wortman, 1980), no estando clara la relación directa entre la adopción de determinadas estrategias de afrontamiento y la mayor o menor carga (Bass, 2002).

En línea con los modelos teóricos, se ha sugerido que un afrontamiento centrado en el problema es más efectivo que un afrontamiento focalizado en la emoción. De hecho, diversas investigaciones realizadas en el marco del cuidado informal de personas dependientes han demostrado que el afrontamiento de tipo cognitivo y la resolución de problemas están relacionados con un menor nivel de malestar emocional, mientras que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción están asociadas con mayores niveles de malestar psicológico (Haley et al., 1987).

En esta línea, se ha señalado la efectividad de determinadas estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo sobre la carga del cuidador. De forma específica, los estudios han identificado que la puesta en marcha de estrategias activas de afrontamiento por parte del cuidador, como la redefinición de la situación de cuidado y de sus consecuencias, son especialmente útiles para reducir los niveles de carga y de depresión del cuidador (Mockus y Novielli, 2000).

Estas estrategias activas harían referencia a aquellas relacionadas con el significado de la enfermedad y pueden incluir la construcción de un amplio sentido a la enfermedad por parte del cuidador, la reestructuración cognitiva del significado de los estresores, y la convicción de que se trata de un proceso asociado al envejecimiento. Para Pearlin y Skaff (1995), este tipo de afrontamiento podría ser más eficaz cuando los estresores no son fácilmente modificables.

En la misma línea, Pruchno y Resch (1989) mostraron que las diferentes estrategias de afrontamiento tienen efectos diferenciales sobre distintas emociones. Para estos autores, el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción median el impacto del estrés sobre la ansiedad y la depresión,

mientras que las estrategias centradas en el problema están asociadas con un mayor afecto positivo.

Basándose en las investigaciones anteriores, Zarit (2004) sugirió que la eficacia de las estrategias de afrontamiento dependería por lo tanto de la naturaleza de los estresores.

En este sentido, este mismo autor ha señalado en diferentes ocasiones que muchas de las medidas de afrontamiento utilizadas en la actualidad son demasiado generales y no apresan los efectos específicos del manejo individual de los estresores por parte de los cuidadores. Defiende así la necesidad de crear y desarrollar medidas específicas de afrontamiento que amplíen el conocimiento científico y la comprensión sobre el modo en que las respuestas de afrontamiento de los cuidadores alteran el impacto de los estresores sobre su bienestar (Zarit, 2004).

Finalmente señalar que la importancia del afrontamiento queda patente si tenemos en cuenta la relación recíproca que mantiene con los estresores: los estresores ponen en marcha el afrontamiento ante una situación determinada, a la vez que los esfuerzos efectivos para manejar situaciones estresantes pueden hacer que disminuya la frecuencia con que estas situaciones no deseadas aparezcan. En cambio un afrontamiento no efectivo puede aumentar los problemas conductuales y emocionales en la persona cuidada (Yanguas, Leturia y Leturia, 2001).

Capítulo IV

Método

Planteamiento del Problema

En las dos últimas décadas se ha observado un crecimiento en el número de familias que deciden tomar la responsabilidad de cuidar a sus parientes con enfermedades crónicas degenerativas; exponiéndose a varios riesgos, ya que las tareas del cuidador se vuelven más complejas y les abarcan mayor cantidad de tiempo. Al cuidar de un familiar en estado de postración cambia la dinámica de los seres humanos porque los enfrenta a la imposición de nuevas metas que además son inesperadas, y afectan las diferentes esferas bio- psico- social- económico- espiritual.

Todas aquellas personas que ejercen el cuidado, se enfrentan a situaciones o factores generadores de altos niveles de estrés que le exigen emplear estrategias de afrontamiento específicas; y dependerá del tipo de estrategia que elijan, logren un afrontamiento positivo o negativo que afecte de manera directa o indirectamente la relación con su entorno, generando mejoras en su calidad de vida o afectando su estabilidad biopsicosocial (Casado y López, 2001).

Varios autores refieren que el cuidador, en el cumplimiento de sus roles, experimenta diferentes sentimientos que pueden ir desde la culpa hasta la satisfacción. También se puede observar que hay otros sentimientos como la soledad, tristeza, sentimientos de abandono, ansiedad, falta de ocio y descanso y problemas para dormir entre otros, generando en el cuidador una situación problemática que le impide tener una buena calidad de vida. (Valles, Gutiérrez, Luquin, Martín y López, 1998; Nijboer ,Tempelaar, Sanderman , Van den Bos, 1999; Boyle 2000; Bermejo 2002; González, 2004; Chang y cols., 2007).

No se han encontrado estudios en población mexicana que permitan identificar el perfil de los cuidadores primarios de pacientes en estado de postración, ni estudios que se correlacionen con la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en esta población. La presente investigación cobra relevancia pues puede proporcionar información importante sobre los problemas psicoemocionales del cuidador primario en nuestro país; además de ayudar a comprender la forma en que afrontan las diferentes problemáticas derivadas por la enfermedad del paciente a su cargo y prevenir en el cuidador el riesgo de morbilidad física y psicológica.

Pregunta de Investigación

¿Qué relación tiene el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento en el cuidador primario de pacientes en estado de postración?

Objetivos Específicos

-Evaluar el nivel de ansiedad en los cuidadores primarios de pacientes en estado de postración.

-Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores primarios de pacientes en estado de postración.

-Determinar si existe correlación entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento empleadas por los cuidadores primarios de pacientes en estado de postración.

Hipótesis Estadísticas

H11. Existirá un alto nivel de ansiedad en el cuidador primario del paciente en estado de postración.

H10. No existirá un alto nivel de ansiedad en el cuidador primario del paciente en estado de postración.

H21. Existirá una relación entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento en el cuidador primario del paciente en estado de postración.

H20. No existirá una relación entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento en el cuidador primario del paciente en estado de postración.

Diseño

Diseño no probabilístico, Descriptivo, Correlacional y Transversal.

Transversal Descriptivo: fue una investigación sistemática y empírica en la que las variables no se manipularon y se recolectaron los datos en un solo momento.

Correlacional: se analizó la relación que existe entre las variables de ansiedad y afrontamiento. (Sampieri, 2006)

Variables

Variables independientes

Cuidador primario

Variables dependientes

Ansiedad y Estrategias de afrontamiento

Variable Cuidador Primario

Definición Conceptual:

Los autores Astudillo y Mendinueta (2003), definen al cuidador primario, como: la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo. Es decir, es la persona que se encarga de proporcionar a un paciente con discapacidad tanto física como mental, los cuidados y los requerimientos para cubrir todas sus necesidades fundamentalmente básicas como alimentación, aseo, vestimenta, defecación, entre muchas otras más.

Definición Operacional:

Son aquellas personas responsables que tienen un vínculo de parentesco o cercanía y asume por completo el cuidado de un ser querido que manifiesta una enfermedad crónico degenerativa en estado de postración. Esta persona participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria del familiar enfermo.

Variable Ansiedad

Definición Conceptual:

El término ansiedad, proviene del latín “anxietas”, congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico (Maté, Hollenstein y Gil, 2004).

Se define también como un estado o sensación de aprensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor, resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más externo, cuya fuente puede ser desconocida o no puede determinarse. Este puede ser consecuencia de una respuesta racional ante determinada situación que produce tensión (Spielberger, 1980).

Definición operacional:

El nivel de ansiedad que manejan los cuidadores primarios fue evaluada con el *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI*, por sus siglas en inglés) de Robles; Varela; Jurado y Páez (2001) en su versión validada y normalizada para población mexicana (Anexo 2).

Variable estrategia de afrontamiento

Definición Conceptual:

Son aquellos 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 (Lazarus y Folkman, 1991).

Definición operacional:

Las estrategias de afrontamiento fueron evaluadas por el *Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)* por (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación española por Cano, Rodríguez y García, 2006). Esto define la frecuencia de lo que hizo en la situación estresante.

SUJETOS

Participaron 60 cuidadores primarios de pacientes en estado de postración afiliados al programa de atención domiciliaria a enfermos crónicos degenerativos y terminales **(A.D.E.C)** del Hospital General Zona No.47 Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS durante el periodo de Julio a Octubre del 2011.

TECNICA DE MUESTREO

La elección de la muestra fue por cuota obtenida durante un periodo de 4 meses en el Hospital General Zona No.47 Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Fueron seleccionados aquellos sujetos que cumplieran con los siguientes **criterios de inclusión:**

- Que aceptaron su participación voluntaria en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado.
- Que sean cuidadores primarios de pacientes en estado de postración afiliados al programa de atención domiciliaria a enfermos crónicos degenerativos y terminales **(A.D.E.C)** del Hospital General Zona No.47 Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Que tengan algún parentesco o un lazo afectivo con el paciente en estado de postración.
- Que destinen al menos 2 horas diarias al cuidado del paciente.
- Que haya desempeñado funciones de asistencia al paciente por lo menos durante un mes.

Criterios de exclusión

- Que no supieran leer y escribir.
- Que presenten alguna discapacidad que les impida participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Personas que no contestaron adecuadamente los cuestionarios.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se utilizó un cuestionario con datos sociodemográficos (Anexo, 1). Este cuestionario se elaboró con la finalidad de obtener información general de los participantes, en el cual se encuentran datos tanto del cuidador primario como del paciente:

- 1) Nombre del cuidador primario,
- 2) edad del cuidador primario,
- 3) sexo del cuidador primario,
- 4) estado civil del cuidador primario,
- 5) escolaridad del cuidador primario,
- 6) nivel socioeconómico del cuidador primario,
- 7) tipo de parentesco,
- 8) recibe honorarios por el cuidado que le proporciona al paciente,
- 9) antigüedad de cuidado al paciente,
- 10) horas de cuidado dedicadas al día hacia el paciente,
- 11) relación que existe entre el cuidador y el paciente,
- 12) nombre del paciente,
- 13) diagnóstico del paciente,
- 14) edad del paciente, y
- 15) estado civil del paciente.

Al terminar el cuestionario de datos sociodemográficos se aplicó el *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*, por sus siglas en inglés) de Robles; Varela; Jurado y Páez (2001) en su versión validada y normalizada para población mexicana (Anexo 2). Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar sintomatología ansiosa. Consta de 21 reactivos, cada uno de los cuales se califican en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa “poco o nada”, 1 “más o menos”, 2 “moderadamente” y 3 “severamente”.

Los puntajes van de cero a tres, los cuales se suman dependiendo de la respuesta proporcionada. El nivel de ansiedad se considera mínimo cuando el puntaje total obtenido va de 0 a 5, leve de 6 a 15, moderado de 16 a 30 y severo de 31 a 63.

NIVEL DE ANSIEDAD	PUNTAJE CRUDO	PERCENTIL
Mínima	0-5	1-10
Leve	6-15	25-50
Moderado	16-30	75-90
Severa	31-63	95-99

Los autores Robles; Varela; Jurado y Páez (2001), aplicaron la versión traducida del BAI a población mexicana, y determinaron la puntuación promedio y desviación estándar para población mexicana, así como la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach, y la validez de constructo del instrumento con base en un análisis factorial de componentes principales con rotación de varimax. Mediante los siguientes estudios se realizaron para estandarizar el inventario de ansiedad BAI en población mexicana, evalúan la severidad de los síntomas de ansiedad y los diferencian de los síntomas de depresión; los cuales pueden utilizarse en estudios clínicos o experimentales, tanto en población psiquiátrica como normal.

Estudio 1. 350 estudiantes universitarios.

Estudio 2. 1,000 personas, hombres y mujeres, de 15 a 80 años de edad, que acudían a centros comerciales, escuelas, bancos y parques de la ciudad de México.

Estudio 3. 188 personas, hombres y mujeres, de 15 a 65 años de edad, entrevistados en su domicilio.

Estudio 4. 60 pacientes psiquiátricos con trastornos de ansiedad y 132 personas sanas, con edad promedio de 34.5 y 31.40 años, respectivamente.

Un traductor independiente tradujo el inventario al español, versión que fue traducida nuevamente al inglés por otro traductor. Se resolvieron las discrepancias y la versión resultante se piloteó con estudiantes universitarios. Se efectuaron las correcciones pertinentes para obtener la traducción final.

El análisis factorial de componentes principales con rotación varimax arrojó cuatro factores principales. El índice de confiabilidad para la escala total fue $\alpha = .83$. Se determinaron las normas de calificación para la población mexicana, con base en el rango percentilar.

La confiabilidad test re-test del inventario BAI (20 días entre aplicaciones): El promedio de la aplicación basal del BAI fue de 9.9 ± 9.3 y en la segunda aplicación fue de 8.9 ± 8.0 . El coeficiente de correlación de interclase resultó en niveles aceptables ($r=0.75$).

La validez convergente del BAI: se obtuvo correlacionando los puntajes del inventario con los del IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo Estado); con la escala de ansiedad de estado: $r = 0.60$; con la de ansiedad de rasgo, $r = 0.59$. En la escala de estado del IDARE, el promedio fue de 39.6 ± 11.1 y en la de rasgo fue de 37.6 ± 8.9 puntos. Los índices de correlación entre la puntuación total del BAI y las subescalas del IDARE fueron positivos y con una $p < 0.05$. La correlación de

Pearson entre el BAI y la escala de ansiedad de estado fue de 0.60 y con la escala de ansiedad de rasgo de 0.59.

El *inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)* por (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación española por Cano, Rodríguez y García, 2006). (Anexo 3) Consta de 40 reactivos cada uno se responde con la escala tipo likert del 0 al 4, donde 0 corresponde “en lo absoluto”, 1 “un poco”, 2 “bastante”, 3 “mucho” y 4 “totalmente”, esto define la frecuencia de lo que hizo en la situación estresante. Al final de la escala contesta un reactivo adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento.

Este inventario tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias

- 1) Resolución de problemas.-Estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- 2) Reestructuración cognitiva.- Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
- 3) Apoyo social.- Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional
- 4) Expresión emocional.- Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
- 5) Evitación de problemas.- Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
- 6) Pensamiento desiderativo.- Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- 7) Retirada social.- Estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante.
- 8) Autocrítica.- Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Se utiliza un puntaje de baremación mostrando los percentiles donde el autor estima que un centil de 1- 33 es una puntuación baja, de 33- 66 es una puntuación media y un centil de 66- 99 es alto.

La adaptación al español del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Cano y cols. (2007), cuya versión inglesa es de Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1989). En la versión original, Tobin y cols. (1989) encuentran 72 ítems y reportan ocho factores primarios, cuatro secundarios y dos terciarios y se validó a partir de una muestra de 398 sujetos universitarios. Además, agregan que sus resultados apoyan los constructos de afrontamiento dirigido al problema y de afrontamiento dirigido a la emoción propuesto por Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis (1986).

La adaptación de Cano y cols. (2007) Participaron en el estudio un total de 337 personas de Sevilla y provincia, 226 hombres y 111 mujeres con edades comprendidas entre los 17 y 55 años (29 ± 9 años de promedio). Los resultados mostraron excelentes propiedades psicométricas superando incluso las del estudio original: ocho factores explicaron un 61 % de la varianza con sólo 40 ítems (frente a los 72 que explicaban un 47% en el instrumento original) y obtuvieron coeficientes de consistencia interna entre 0.63 y 0.89. La validez convergente se comprobó utilizando las intercorrelaciones entre escalas y las correlaciones con disposiciones de personalidad (NEO-FFI) y eficacia percibida del afrontamiento. El inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) es válido y fiable en la evaluación de la utilización de estrategias de afrontamiento en una amplia variedad de situaciones.

ESCENARIO

El estudio se realizó en los domicilios correspondientes de cada uno de los cuidadores primarios de los pacientes afiliados al programa de atención domiciliaria a enfermos crónicos degenerativos y terminales (**A.D.E.C**) del Hospital General Zona No.47 Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

PROCEDIMIENTO

Por medio de las visitas a domicilio se captaron a los 60 cuidadores primarios responsables de los pacientes en estado de postración afiliados al programa de atención domiciliaria a enfermos crónicos degenerativos y terminales **(A.D.E.C)** del Hospital General Zona No.47 Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS durante el periodo de Julio a Octubre del 2011 cumpliendo los criterios de inclusión.

La doctora responsable del programa les pedía a los cuidadores su aprobación para la aplicación de los instrumentos psicológicos, presentándome como psicóloga, donde se me llevaba a un espacio apartado del paciente para poder dialogar y explicar el procedimiento adecuadamente sin interrupciones o distracción alguna.

Se les informó a cada uno de los participantes el objetivo, el procedimiento y los beneficios de la investigación, su participación fue voluntaria obteniéndose así el consentimiento informado por escrito (ver anexo 1), se procedió a la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico, elaborado por la investigadora (ver anexo 2).

La aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), (ver Anexo, 3) fue de manera individual y verbal, de 10 minutos aproximadamente, proporcionando la siguiente instrucción verbal: “A continuación le voy a indicar una lista de síntomas que usted ha manifestado durante esta última semana o incluso hoy, por favor indíqueme la opción que elija para cada reactivo. Sus respuestas son absolutamente confidenciales, contesté con toda sinceridad”. El participante señalaba la respuesta en una ficha bibliográfica de 11 X 14 cm. en las cuales se imprimió cada una de las opciones de respuesta “poco o nada”, “más o menos”, “moderadamente” y “severamente”, que la investigadora realizó como apoyo visual y facilitar la aplicación por el poco tiempo proporcionado en cada visita domiciliaria.

De igual forma se aplicó el inventario de Estrategias de Afrontamiento, (ver Anexo 4), en donde se solicitaba de forma verbal que contestarán de acuerdo a como han actuado, pensado y sentido durante la situación estresante de cuidar a su familiar en estado de postración, señalando en otra ficha bibliográfica de 11 x 14 cm. las respuestas escritas “0. En lo absoluto”, “1. Un poco”, “2. Bastante”, “3. Mucho”, “4. Totalmente”. El tiempo de aplicación fue de 15 a 20 minutos en promedio.

Siempre se cuidó que la aplicación fuera homogénea para todos los participantes, asimismo, se controlaron las variables extrañas como: ruido, interrupciones y distracciones, entre otras.

Para finalizar se les daba una breve contención psicológica a los cuidadores primarios ya que en varias ocasiones manifestaban llanto, desesperación, angustia, tristeza y la gran necesidad de expresar sus emociones.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se realizó un tipo de estadística descriptiva para analizarlas variables sociodemográficas de la muestra y del paciente, que se presentan mediante frecuencias y porcentajes.

En cuanto a las variables de ansiedad y las estrategias de afrontamiento se utilizó la prueba de Correlación de Pearson, posteriormente se realizaron tablas de contingencia para afinar aún más las estrategias de afrontamiento en cada nivel de ansiedad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se apoyó en los Códigos Éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la 18° Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975.

Se considera que esta investigación tiene riesgo tipo I en el cual no se daña la integridad física o mental de los individuos que participan. Además la investigación se apegó a las disposiciones generales del reglamento de **la Ley General en Salud en Materia de Investigación para la Salud** principalmente lo concerniente a los artículos:

Artículo 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Se les informó a los participantes acerca de los propósitos del estudio, se les solicitó su consentimiento para participar en la investigación, advirtiéndoles que la información que proporcionarían sería confidencial y que podrían retirarse de la investigación cuando ellos así lo desearan.

Capítulo V

Resultados

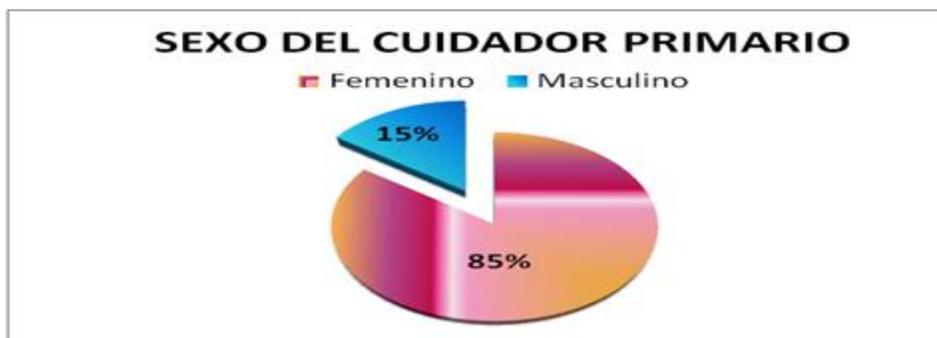
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por 60 cuidadores primarios de pacientes en estado de postración afiliados al programa de atención domiciliaria a enfermos crónicos y terminales (A.D.E.C) del Hospital General Zona No. 47 Vicente Guerrero del Instituto del Seguro Social IMSS.



Gráfica.1. Edad del cuidador primario.

En la gráfica 1, se destaca que la mayoría de los cuidadores primarios 32%, se ubican en el rango de edad 41-51 años, mientras que los de menor porcentaje 8%, se encuentran ubicados entre 19- 29 años de edad, obteniendo una media de 47 años de edad.



Gráfica. 2 Distribución de la muestra por sexo.

En cuanto al sexo se encontró, que el 85 % son del sexo femenino y solo un 15 % pertenecen al sexo masculino.



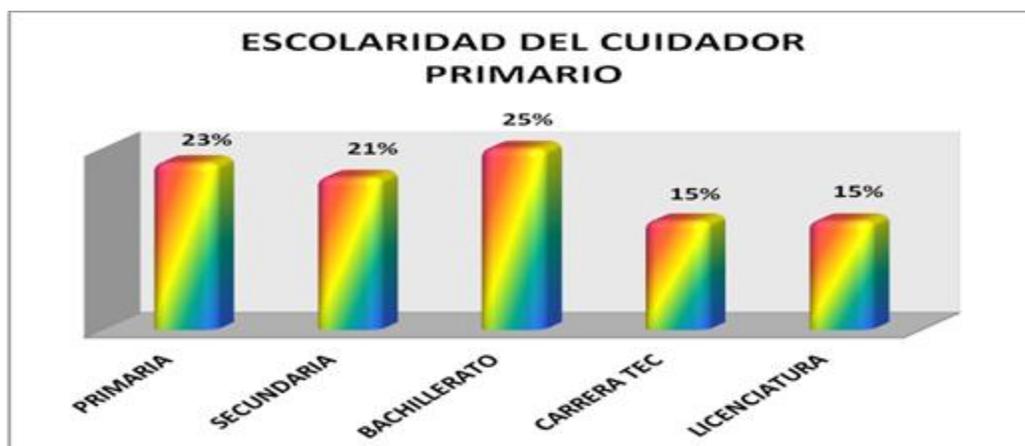
Gráfica. 3 Distribución de la muestra por civil.

El 70 % de la muestra distribuida entre casados, divorciados, viudos y unión libre refieren haber estado en una relación formal de pareja y/o estable y solo un 30 % son solteros.



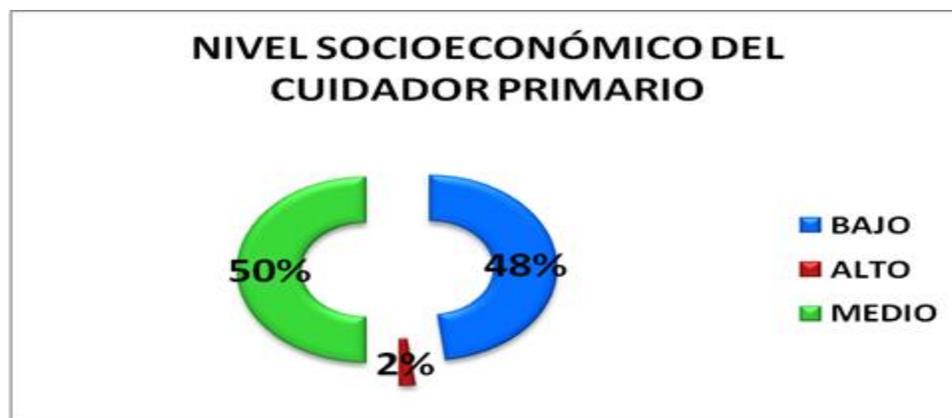
Gráfica 4. Distribución de la muestra por ocupación.

En la gráfica 4, se observa que un 50% de la muestra se encuentran en el hogar desarrollando actividades domésticas, 20% son desempleados y jubilados y solo un 30% desarrolla una actividad laboral fuera de la casa.



Gráfica 5. Distribución de la muestra por escolaridad

En esta muestra de cuidadores primarios se encontró que el 25% tiene estudios de bachillerato o preparatoria, el 23 % estudios básicos de primaria, el 21% estudios de secundaria y un 30% entre carrera técnica y licenciatura como se muestra en la gráfica 5.



Gráfica 6. Distribución de la muestra por nivel socioeconómico

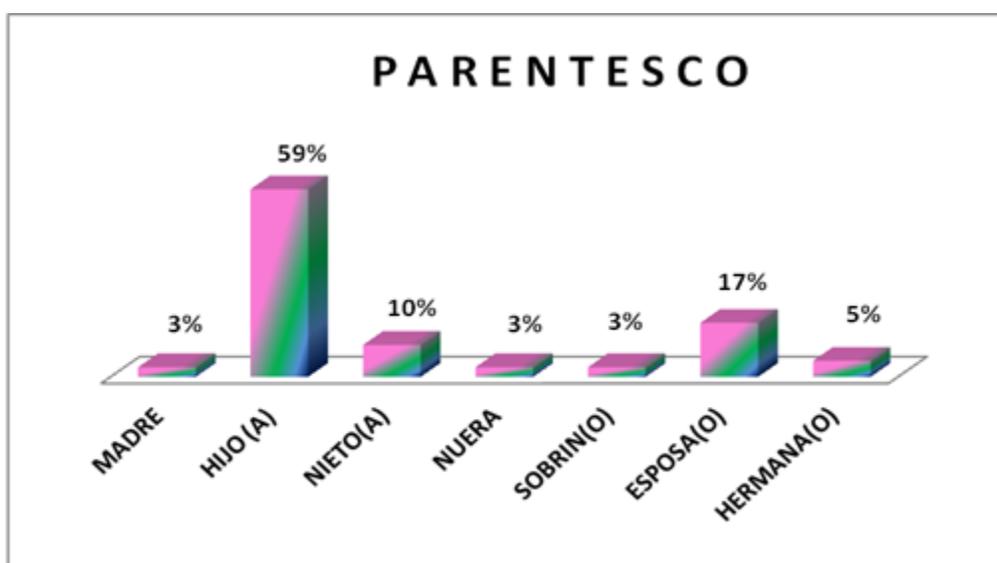
De acuerdo a la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (SAT, 2010). El salario mínimo que corresponde al Distrito Federal era de \$ 59.82 pesos, por lo que se

realizó una clasificación del nivel socioeconómico. Encontrándose que el nivel socioeconómico que detecto esta muestra, fue de un 50% medio (\$3,649.02 a \$ 7,178.4), un 48% fue bajo (\$59.82 a \$3,589) y solo 1.7% alto (\$7, 178.4 a 18,005.82 en adelante), esto se observa en la gráfica 6.



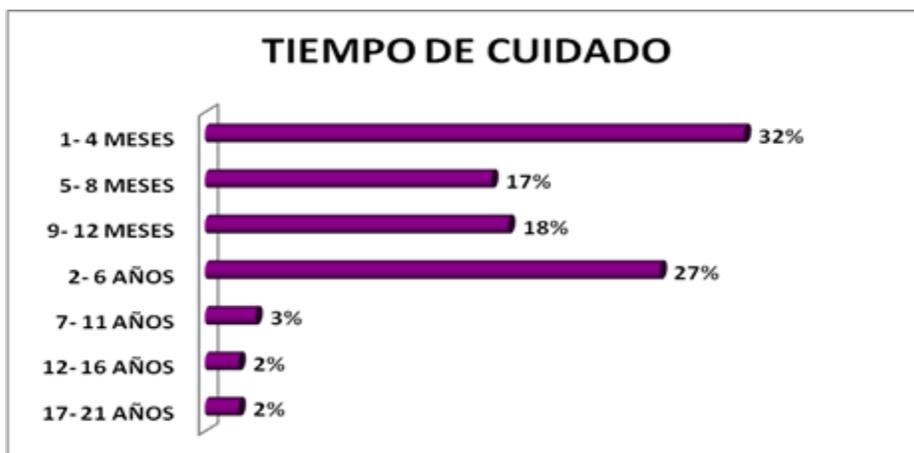
Gráfica 7. Distribución de la muestra por honorarios.

La gráfica 7, señala si los cuidadores primarios recibían honorarios por el cuidado que le proporciona al paciente, se obtuvo que un 96.7% no recibían apoyo económico y un 3 % los cuidadores sí recibían apoyo por parte de los otros integrantes de la familia que tienen una actividad laboral.



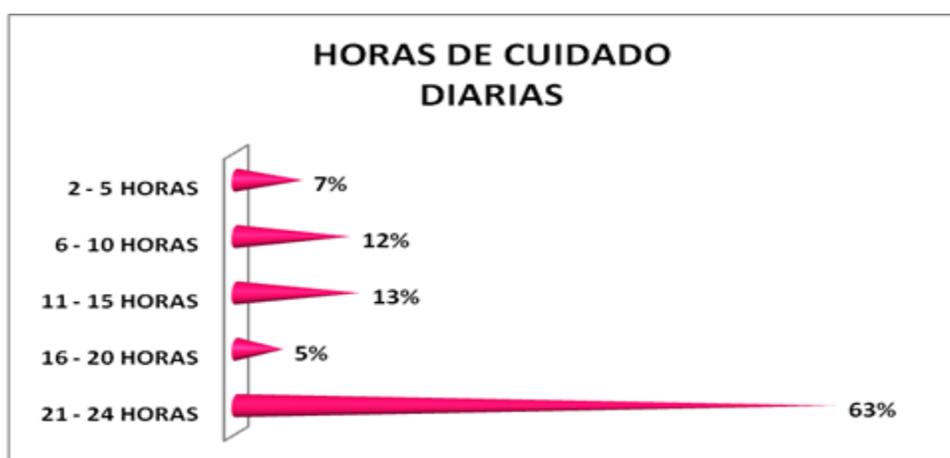
Gráfica 8. Distribución de la muestra por el tipo de parentesco que tiene el cuidador primario con el paciente en estado de postración.

Acerca del parentesco o relación que tienen los cuidadores primarios con el paciente se observa en la gráfica 7, que todos son familiares, concentrándose mayormente en los hijos con un 59% y en los esposos 17%.



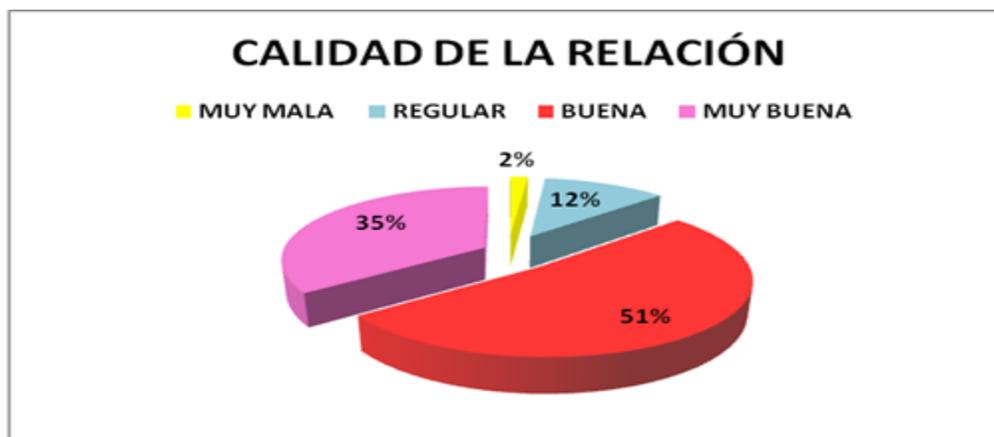
Gráfica 9. Distribución de la muestra por el tiempo de cuidado que le proporciona al paciente.

Referente al tiempo en que han venido prodigando los cuidados de su familiar, la mayoría el 94 % se ubica a partir de un 1 mes de cuidado hasta 6 años y solo un 7% se centra a partir de 7 años a 21 años proporcionando atención al paciente en estado de postración.



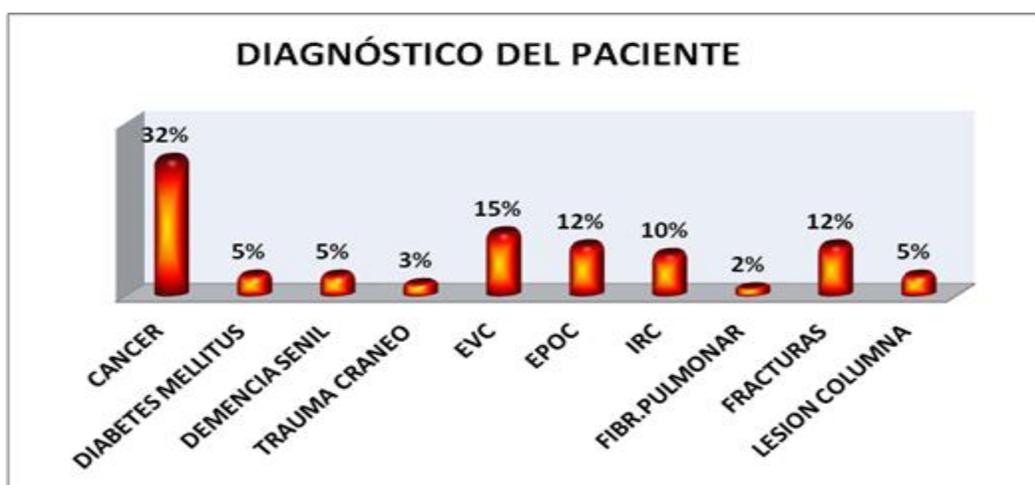
Gráfica 10. Distribución de la muestra en horas de cuidado hacia el paciente.

El número de horas que dedican al cuidado del paciente en estado de postración, se obtuvo que la mayoría 63% cuida entre 21 a 24 horas al día, el 25 % cuida a partir de 6 a 15 horas al día, el 7% solo cuida de 2 a 5 horas, y solo el 5% cuida de 16 a 20 horas al día.



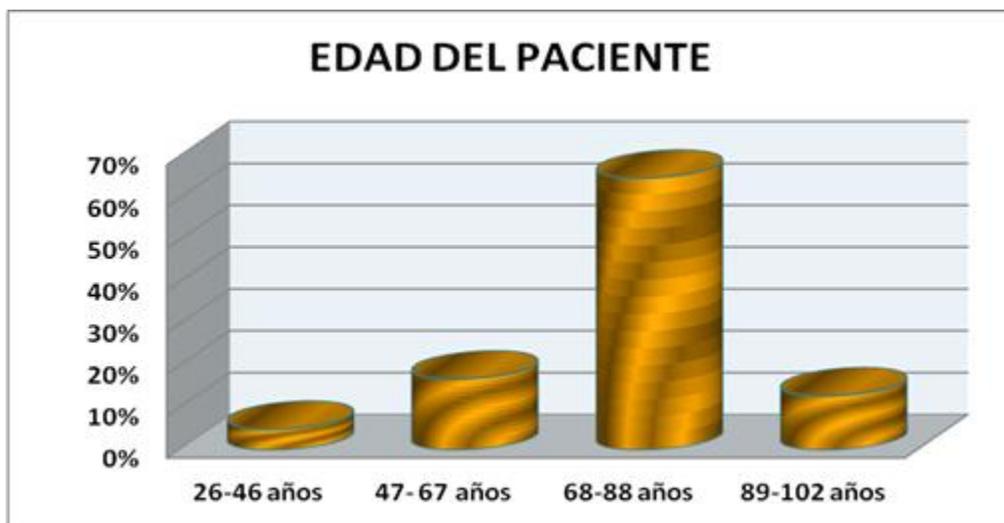
Gráfica 11. Distribución de la muestra en cuanto a la calidad de la relación hacia el paciente.

Esta gráfica refiere la calidad de la relación que existe entre el cuidador y el paciente quien la califica en términos de muy mala, regular, buena y muy buena, observándose que el 86% de ellos la califican como buena y muy buena.



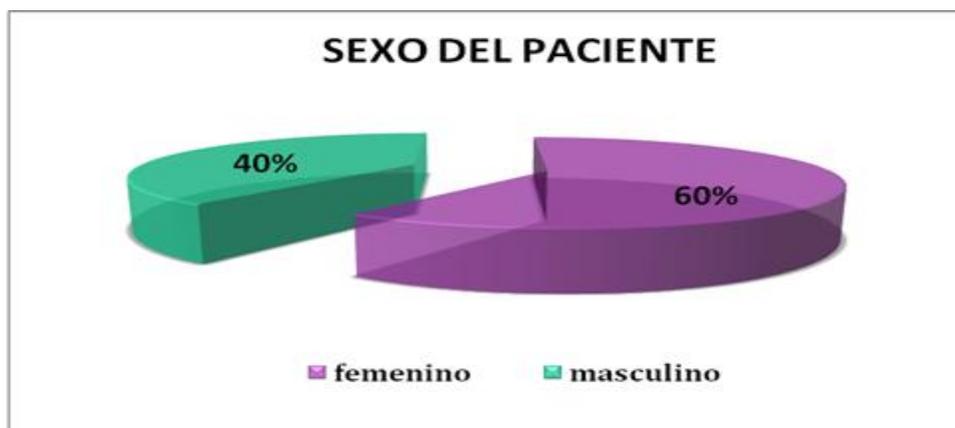
Gráfica 12. Distribución de la muestra en cuanto al diagnóstico del paciente en estado de postración. Las siglas **EVC** (enfermedad vascular cerebral), **EPOC** (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) **IRC** (enfermedad renal crónica).

Con respecto al diagnóstico de los pacientes en estado de postración se observa la distribución de los diferentes trastornos o padecimientos, tres de ellas son incapacitantes y siete de ellas son enfermedades crónicas degenerativas, la mayoría 32% se centra en padecimientos cancerígenos.



Gráfica 13. Distribución de la muestra en cuanto a la edad del paciente en estado de postración.

La edad del paciente se observa que los pacientes en estado de postración 70%, se ubican en el rango de edad 66-88 años, mientras que los de menor porcentaje 6%, se encuentran ubicados entre 26- 46 años de edad, obteniendo una media de 75 años de edad.



Gráfica 14. Distribución de la muestra por sexo del paciente en estado de postración.

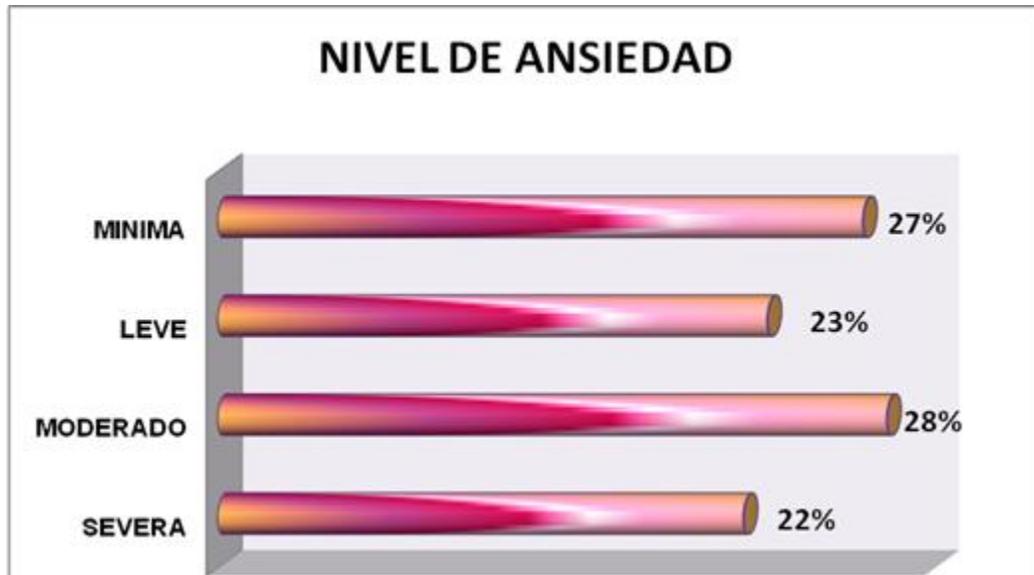
En cuanto al sexo del paciente se encontró, como lo indica la gráfica 14, que el 60% son del sexo femenino y un 40% pertenecen al sexo masculino.



Gráfica 15. Distribución de la muestra en cuanto al estado civil del paciente en estado de postración.

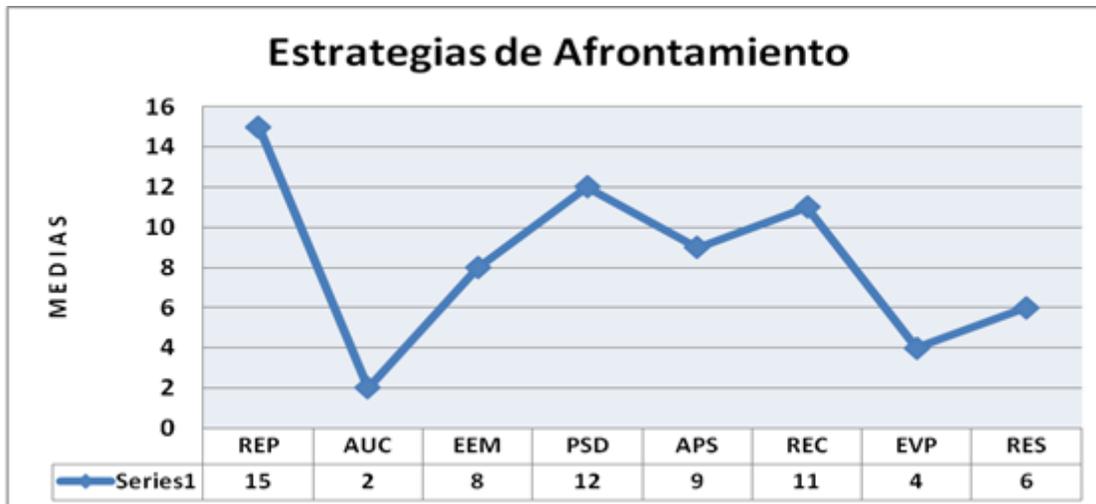
La gráfica 15, señala la distribución correspondiente a los datos del estado civil del paciente, el 46% reportaron ser viudos, el 33% son casados, y el 21% se ubican entre solteros, unión libre y divorciados.

Resultados de las pruebas psicométricas aplicadas a los cuidadores primarios



Gráfica 16. Distribución de los niveles de ansiedad de los cuidadores primarios.

La gráfica 16, muestra los niveles de ansiedad que presentan los cuidadores primarios de pacientes en estado de postración, en donde se puede observar que el 28% se encuentra en el nivel moderado de ansiedad, mientras que el 27% se ubica en el nivel mínimo, un 23% con un nivel leve de ansiedad, y finalmente un 22% manifiesta un nivel de ansiedad severo. **La puntuación más elevada en cuanto a la ansiedad de los cuidadores primarios es el nivel moderado por lo tanto se acepta la hipótesis nula de que no existe un alto nivel de ansiedad ante la atención de un paciente en estado de postración.**



Gráfica 17. Medias de las estrategias de afrontamiento utilizadas en los cuidadores primarios.

De acuerdo a las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores primarios, la gráfica 17, muestra la media de éstos. En la primera estrategia de afrontamiento que es la Resolución de problemas (REP) los cuidadores primarios tienen una media de 14.72, a lo que corresponde Autocrítica (AUC) muestran una media de 2.55, en cuanto a Expresión emocional (EEM) presentan una media de 8.50, en la estrategia de afrontamiento Pensamiento Desiderativo (PSD) tienen una media de 12.50, además en Apoyo Social (APS) muestran una media de 8.87, en Restructuración cognitiva (REC) tienen una media de 10.75, la estrategia de Evitación de problemas (EVP) se observa una media de 4.22 y finalmente en Retirada social presentan una media de 5.80.

Correlación entre ansiedad y afrontamiento en los cuidadores primarios

Para conocer la asociación entre la ansiedad y el afrontamiento entre los cuidadores primarios se realizó una correlación de Pearson, utilizando las puntuaciones naturales de los dos instrumentos aplicados. **Se muestra en la Tabla 1 una correlación significativa entre ansiedad y las siguientes estrategias de afrontamiento: Resolución de problemas $r = .260$ ($p < .05$); Autocrítica con una significancia de $r = .425$ ($p < .01$); Pensamiento desiderativo $r = .412$ ($p < .01$); y finalmente Retirada Social $r = .453$ ($p < .01$).**

Tabla 1. Coeficientes de correlación entre total de ansiedad y afrontamiento

AFRONTAMIENTO	ANSIEDAD	SIGNIFICANCIA
Resolución de problemas	.260*	.045
Autocrítica	.425**	.001
Expresión emocional	-.129	.327
Pensamiento desiderativo	.412**	.001
Apoyo social	-.057	.664
Reestructuración cognitiva	-.186	.156
Evitación de problemas	-.027	.837
Retirada social	.453**	.001

**** $p < 0,01$, * $p < 0,05$**

Con la finalidad de conocer de manera más específica que tipos de estrategias de afrontamiento son empleados más comúnmente para cada nivel de ansiedad, se utilizaron tablas de contingencia las cuales muestran los resultados de un análisis de frecuencias. Las puntuaciones naturales de las estrategias de afrontamiento se transformaron a percentiles de acuerdo con los autores del Inventario Cano, Rodríguez y García (2006); indicando que el percentil de 1- 33 es una puntuación baja categorizada como nunca es utilizada, de 33- 66 es una puntuación media a veces utilizada y un percentil de 66- 99 es alto siempre se utiliza.

Tabla 2. Nivel de ansiedad mínimo y frecuencia de las estrategias de afrontamiento.

NIVEL DE ANSIEDAD MINIMO					
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO		FRECUENCIA			
		NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL
Resolución de Problemas	(REP)	10	3	3	16
Autocrítica	(AUC)	11	5	0	16
Expresión de Emociones	(EEM)	4	6	6	16
Pensamiento Desiderativo	(PSD)	10	5	1	16
Apoyo Social	(APS)	7	9	0	16
Reestructuración Cognitiva	(REC)	4	3	9	16
Evitación de Problemas	(EVP)	6	3	7	16
Retirada Social	(RES)	9	5	2	16

En la tabla se muestra de los 60 cuidadores primarios, 16 (27%) de ellos manifiestan una ansiedad mínima y la frecuencia de las estrategias de afrontamiento nunca, a veces y siempre; destacándose las que **a veces** utilizan los cuidadores primarios son: la expresión de emociones y el apoyo social.

Las estrategias que **siempre** utilizan son: la reconstrucción cognitiva, la evitación de problemas y la expresión de emociones.

Tabla 3. Nivel de ansiedad leve y frecuencia de las estrategias de afrontamiento

NIVEL DE ANSIEDAD LEVE				
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	FRECUENCIA			
	NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL
Resolución de Problemas (REP)	5	5	4	14
Autocrítica (AUC)	9	2	3	14
Expresión de Emociones (EEM)	4	5	5	14
Pensamiento Desiderativo (PSD)	6	4	4	14
Apoyo Social (APS)	3	11	0	14
Reestructuración Cognitiva (REC)	5	6	3	14
Evitación de Problemas (EVP)	6	4	4	14
Retirada Social (RES)	8	3	3	14

La tabla 3 muestra de los 60 cuidadores primarios, 14 (23%) de ellos manifiestan una ansiedad leve, se observa las estrategias de afrontamiento **a veces** utilizadas son: apoyo social y la reconstrucción cognitiva.

Tabla 4. Nivel de ansiedad moderado y frecuencia de las estrategias de afrontamiento

NIVEL DE ANSIEDAD MODERADO				
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	FRECUENCIA			
	NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL
Resolución de Problemas (REP)	5	4	8	17
Autocrítica (AUC)	8	3	6	17
Expresión de Emociones (EEM)	10	2	5	17
Pensamiento Desiderativo (PSD)	2	11	4	17
Apoyo Social (APS)	8	9	0	17
Reestructuración Cognitiva (REC)	8	5	4	17
Evitación de Problemas (EVP)	7	5	5	17
Retirada Social (RES)	3	8	6	17

La tabla 4 muestra de los 60 cuidadores primarios, 17(28%) de ellos manifiestan una ansiedad moderada, se observa las estrategias de afrontamiento **a veces** utilizadas son: pensamiento desiderativo, apoyo social y la retirada social.

Las estrategias de afrontamiento que **siempre** utilizan los cuidadores primarios son: la resolución de problemas, autocrítica y la retirada social.

Tabla 5. Nivel de ansiedad severo y frecuencia de las estrategias de afrontamiento

NIVEL DE ANSIEDAD SEVERO				
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	FRECUENCIA			
	NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL
Resolución de Problemas (REP)	2	6	5	13
Autocrítica (AUC)	3	4	6	13
Expresión de Emociones (EEM)	9	0	4	13
Pensamiento Desiderativo (PSD)	2	2	9	13
Apoyo Social (APS)	6	7	0	13
Reestructuración Cognitiva (REC)	5	4	4	13
Evitación de Problemas (EVP)	2	7	4	13
Retirada Social (RES)	1	4	8	13

La tabla 5 muestra de los 60 cuidadores primarios, 13 (22%) de ellos manifiestan una ansiedad severa, se observa que las estrategias de afrontamiento **a veces** utilizadas son: resolución de problemas, apoyo social y evitación de problemas.

Las estrategias de afrontamiento que **siempre** utilizan los cuidadores primarios son: la autocrítica, pensamiento desiderativo y la retirada social.

Capítulo VI

Análisis y Discusión de los resultados

En esta investigación se ha estudiado una muestra de cuidadores primarios de pacientes en estado de postración donde se observa el análisis de los resultados obtenidos de los diferentes cuestionarios e inventarios.

Con respecto a las **características sociodemográficas del cuidador primario** se identificó que el género femenino (85%), tiene un papel predominante en el cuidado de los enfermos. Las mujeres cuidadoras son principalmente hijas (59%) y esposas (17%); de las cuales el (45%) son casadas y el (52%) son amas de casa. Esto permite confirmar lo citado en la literatura acerca del perfil típico de la persona, la cuidadora principal es una mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa con el paciente (por lo general, madre, hija o esposa) convive con la persona a la que cuida (De la Huerta y Corona, 2003; Araneda et. al., 2006; González, Vázquez, Díaz y Domínguez, 2008).

Género, convivencia y parentesco son las variables más importantes para predecir qué persona del núcleo familiar va a ser la cuidadora principal. El hecho de que la atención informal sea mayoritariamente femenina pone de manifiesto las cargas diferenciales de cuidado entre hombres y mujeres. Rol instrumental que refleja la prevalencia de estereotipos sexuales en la división del trabajo, por lo que las diferencias de género en el cuidado de las personas mayores son una manifestación de los comportamientos y actitudes familiares, desigualdad en aspectos tales como la división del trabajo doméstico, la crianza o las afinidades y relaciones.

En lo que respecta a la escolaridad, llama la atención que más de la mitad cuenta con formación básica y medio básica. Esto se ha mostrado en diferentes

estudios internacionales y nacionales con resultados similares, relacionados que muestran altos porcentajes de estudios básicos entre los cuidadores primarios, (Armstrong, 2005). Se encontró relación entre un bajo nivel educativo y el ejercicio del cuidado, lo que muestra una escasa comprensión de la enfermedad, poca búsqueda de información en los especialistas para que les proporcionen la ayuda para comprender los padecimientos del enfermo y aunado a esta situación la dificultad para usar los recursos tecnológicos como el Internet.

La mayoría de los cuidadores primarios (97%) no recibe alguna remuneración económica por la atención diaria hacia sus familiares, además esto trae como consecuencia el abandono temporal o definitivo del trabajo remunerado, incluso el hecho de cuidar ha impedido a los cuidadores primarios acceder a un empleo; por ende, hay una pérdida económica importante para la unidad familiar ya que no cuentan con una estabilidad económica adecuada.

Por lo tanto el nivel socioeconómico de la familia fluctúa entre nivel medio (50%) \$3,649.02 a \$ 7,178.4, un (48%) fue bajo \$59.82 a \$3,589, ya que poseen ingresos económicos inferior a siete mil pesos, esto se corrobora por el estudio realizado por Martínez, Robles, Ramos, Santiesteban y col. 2008., sobre la carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón mencionando que los ingresos mensuales reportados por las familias a las que pertenecen los niños con PCI oscilan entre 1 y 5 mil pesos.

Hacerse cargo de un familiar dependiente y demandante con alguna enfermedad crónica y terminal, requiere periodos largos de observación, cuidados y atención; el número de horas que dedica el cuidador primario a la asistencia del paciente al día, la mayoría de los cuidadores (63%) prestan su ayuda todos los días al familiar en estado de postración, dedicando entre 21 a 24 horas al día a estos cuidados. En numerosas ocasiones no reciben ayuda de ninguna otra persona para llevar a cabo su labor y no tienen ningún día libre a la semana para

descansar de su función como cuidador principal (Hudson, Aranda, Kristjanson, 2004; McClendon, Smyth y Neundorfer, 2004). Igualmente las tareas que los cuidadores llevan a cabo se prolongan a lo largo del tiempo y las clasifican en dos etapas, menos de un año o más de 6 años en el desempeño de su rol de cuidador

Estas dos etapas han sido identificadas por algunos autores (López-Monteiro, De Mattos-Pimenta, Kurita, De Oliveira 2004; Pinquart y Sorensen, 2006), como los momentos en los que los cuidadores indican mayor grado de estrés y sobrecarga. En la primera fase, menos de un año, el cuidador se ajusta a la nueva actividad incluso trata de adaptarse a la situación y en la segunda etapa, más de 6 años se presenta lo que se denomina “síndrome del cuidador”, en donde la persona que asume este rol se encuentra sobrecargado debido al tiempo y cantidad de recursos tanto personales como económicos que deriva la atención de su paciente.

Con respecto a los cuidadores participantes de este estudio la calidad de la relación que existe entre el cuidador primario y el paciente en general refieren que es buena (52 %), esto posiblemente se da por dos razones: por el vínculo afectivo y la responsabilidad social. La primera es el lazo que se va fortaleciendo a lo largo de la vida entre los integrantes de la familia y cuando surge alguna enfermedad, se desarrollan características como la empatía, sentimiento de seguridad, cohesión, cariño, protección, cuidado por el familiar que se encuentra enfermo y necesita de la ayuda de sus seres queridos. La responsabilidad social indica que la gente se siente comprometida y responsable de brindar ayuda, actitud donde la ética, la moral y la espiritualidad son valores fomentados dentro de la cultura (Gross y Latane, 1974).

Ahora bien, acerca de las **variables sociodemográficas de los pacientes en estado de postración**, se encontró que el diagnóstico de los pacientes en estado de postración, un (32%) padece varios tipos de cáncer en fase terminal, un (15%) sufre Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC), otra enfermedad importante que

muestran estos pacientes es la Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva (EPOC) (12%), al igual que las fracturas de cadera o múltiples fracturas, un (10%) Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y un (5 %) Diabetes Mellitus. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que desde la edad madura hasta la vejez, las principales causas de muerte de los adultos mayores son enfermedades no transmisibles; la principal causa de muerte es, por lo general, el cáncer en el caso de las mujeres y las cardiopatías en los hombres. Las causas de muerte más importantes en este grupo de edad son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y las enfermedades respiratorias crónicas y las digestivas (Cardenas, 2001).

La edad del paciente en promedio es de 73 años, considerándose adultos mayores, esto es reflejo de la transición demográfica en México, representada por el crecimiento de la cúspide de la pirámide poblacional integrada por las personas mayores. También se puede relacionar con las características propias de la muestra, pacientes con enfermedades crónicas, teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas es más frecuente en los adultos.

En relación al sexo del paciente, se encontró, que el (60%) son del sexo femenino y un (40%) pertenecen al sexo masculino. Dato que corrobora lo indicado en diferentes estudios acerca de la feminización de la población dependiente, que se agudiza en las personas mayores de 65 años, explicada, entre otras razones, por la relación existente entre la edad avanzada y la dependencia, ya que los varones tienen una esperanza de vida siete años menor que las mujeres CONAPO (2000). Dicho fenómeno es observable en la pirámide de población en la cual los tramos más altos están compuestos principalmente por mujeres, ya que los varones fallecen antes. En la muestra de este estudio las mujeres en estado de postración el índice de viudez es de un (47 %).

En cuanto a las variables primordiales evaluadas en esta investigación que son la **ansiedad y las estrategias de afrontamiento**. Se cubrieron los objetivos principales de la presente investigación que eran evaluar el nivel de ansiedad, identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas y finalmente describir si existe correlación entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento que emplean los cuidadores primarios de pacientes en estado de postración.

Así mismo, se plantearon diversas hipótesis de investigación, las cuales mediante diversos análisis estadísticos se pudieron contestar, y se presentan a continuación:

En relación con la primera hipótesis de esta investigación que menciona: **Existirá un alto nivel de ansiedad en el cuidador primario del paciente en estado de postración, se rechaza la hipótesis planteada y se acepta la hipótesis nula**; dado que estadísticamente no existe un alto nivel de ansiedad en los cuidadores primarios quienes muestran una tendencia mayor al nivel moderado de ansiedad (28%); sin embargo el (22%) de ellos si presenta nivel de ansiedad severa, cuya suma total da el 50%.

Por consiguiente, al estar asistiendo a sus familiares con padecimientos crónicos degenerativos y terminales, los cuidadores primarios experimenten ansiedad en un nivel que varía de moderado (28%) a severo (22%) y que está estrechamente relacionado con el tiempo y su prolongada duración. Entre un mes y cuatro meses de cuidados iniciales el cuidador primario enfrenta la crisis derivada de la enfermedad crónica o terminal, generando en el paciente y en la familia un estado temporal de desorganización; caracterizado por la incapacidad de utilizar los métodos acostumbrados para la solución de problemas, incertidumbre en los planes a futuro y la necesidad de mantener adaptaciones conductuales mientras dura la enfermedad (Velasco y Sinibaldi, 2001). Esta condición genera en los cuidadores primarios temor, inquietud y ansiedad, manifestando síntomas físicos, psicológicos, conductuales, cognitivos y sociales tales como: taquicardia, insomnio,

opresión en el pecho, manos temblorosas, inquietud, inseguridad, dificultad para tomar decisiones, miedo a que pase lo peor, pensamientos distorsionados, irritabilidad y aislamiento social.

A medida que el cuidador primario va aceptando la realidad de la situación de dependencia del enfermo, se percata de que la enfermedad de su familiar no sólo va a influir en la vida de éste, sino que también va a alterar profundamente su propia vida y la de las personas que le rodean. En esta segunda fase de 2 a 6 años de cuidados proporcionados a su familiar; los síntomas de ansiedad son moderados debido a que tiende a buscar información para aprender acerca del padecimiento, posibles causas y evolución lo que permite una mejor adaptación a la circunstancia que les causa ansiedad.

Con respecto a la segunda hipótesis que menciona: **Existirá relación entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento en el cuidador primario del paciente en estado de postración**, los resultados de esta investigación indican que si existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.

De manera general se encontró relación entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento donde se puede observar que la **Resolución de problemas (REP)**, **Autocrítica (AUC)**, **Pensamiento desiderativo (PSD)** y **Retirada Social (RES)**, se relacionan con la puntuación de ansiedad.

De acuerdo con el modelo cognitivo de la valoración y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986 citados por Cano, Tobal, González y Iruarrizaga, 1994), cuando el sujeto considera una situación como aversiva o amenazante y percibe que sus recursos o estrategias de afrontamiento no son suficientes para aminorar esta situación, se manifiesta la ansiedad; al comienzo la intensidad de respuesta

está relacionada con la valoración que el individuo hace de la situación, pero se espera que a mayor destreza para afrontar estas situaciones las respuestas de ansiedad disminuyan.

En esta investigación cabe resaltar que la única estrategia de afrontamiento adaptiva que resulta significativa en correlación con la ansiedad, es la **Resolución de problemas**; es decir que los cuidadores primarios, inicialmente dispuestos a participar, se esfuerzan por encontrar en el momento de crisis una solución a los problemas inherentes a la enfermedad por medio de un plan de acción; no obstante, es probable que su respuesta sea poco eficiente durante el curso de la enfermedad y al no conseguir una solución satisfactoria y/o al no obtener los resultados esperados se vea afectado en su estado de ánimo, aumentando así el cansancio, desgaste, ansiedad y estrés, que terminan por favorecer el uso de estrategias desadaptativas, que en éste estudio corresponden a la **Autocrítica**, al **Pensamiento desiderativo** y a la **Retirada Social**.

Surge entonces la *autoinculpción*, que se presenta como resultado de sentimientos de desvalorización, frustración, invalidez y culpa al censurar la propia disposición, el tiempo y el tipo de cuidados prodigados al enfermo, así como las decisiones tomadas sobre su familiar y la enfermedad frente al equipo terapéutico, acciones que serán además cuestionadas y descalificadas por el resto de los familiares y que potencian la *autocrítica*.

Sobre este aspecto, señalan los autores Bazo, Domínguez-Alcon (1996) que uno de los problemas más frecuentes de los cuidadores primarios es el sentimiento de soledad y de incomprensión por parte de sus familiares más cercanos. En ocasiones, lejos de ser apreciado, estimulado y comprendido, es criticado y recibe escaso apoyo del grupo familiar generalmente de hermanos, lo cual puede ser una fuente de ansiedad añadida en lugar de una fuente de apoyo (Crespo, López, 2007). Posiblemente este aspecto favorezca el hecho de que muchos cuidadores

se aíslan de la red social, viven sólo y exclusivamente para el familiar al que cuidan, transformando la díada cuidador-paciente en un sistema cerrado.

Otro de los factores que favorecen el *aislamiento social* es la atención al familiar en estado de postración ya que requiere de un cuidado intenso en el desempeño de las actividades diarias, la asistencia en las necesidades vitales, así como interactuar con el paciente y su conducta. Esto da como resultado que el cuidador primario opte por retirarse de la sociedad, amigos, familiares, compañeros y personas significativas. Bermejo (2002) menciona que conforme va avanzando la enfermedad, los cuidadores experimentan preocupación excesiva ante las decisiones tomadas por el cuidado del enfermo, manifiestan problemas psicosomáticos de ansiedad y/o depresión. Todo esto resulta un peso muy importante a nivel emocional, complicado aún más por las dificultades en manejar el tiempo propio y las múltiples responsabilidades, así como sentir la presión de la dependencia del paciente.

El cuidar de un paciente postrado cambia la dinámica de interacción familiar ya que los enfrenta a la imposición de nuevas metas que además son inesperadas y afectan las satisfacciones personales; se muestra en el presente estudio que ante estos cambios aumenta la ansiedad en el cuidador que en un proceso defensivo tenderá a negar la realidad que está viviendo y deseando evadir el estrés que ésta le provoca, intenta evitar la situación al permitirse fantasear sobre realidades alternativas. Con respecto a este tipo de estrategia de afrontamiento (*pensamiento desiderativo*) se ha demostrado que las personas que emplean la evitación como forma de afrontamiento presentan una disfunción psicológica importante asociada con la ansiedad y la depresión (Haley et.al., 2003).

Como se puede observar la mayoría de los cuidadores primarios manejan en su mayoría, estrategias de afrontamiento centradas en la emoción respondiendo de una forma desadaptativa ante las exigencias que les produce estar cuidando a un paciente en estado de postración. Sandín y Chorot (2003) reportan que los sujetos

expuestos a altos niveles de estrés tienden a utilizar estrategias centradas en la emoción, están menos orientados a definir el problema, generan menos alternativas de solución y tienden a ser menos propensos a obtener bienestar emocional e información por parte de los demás.

Finalmente con el propósito de afinar aún más el análisis en relación con el nivel de ansiedad, a partir de las tablas de contingencia entre ambas variables se lograron determinar las estrategias de afrontamiento más frecuentes para cada nivel ansiedad.

En estos resultados se observa que los cuidadores primarios pueden emplear varias estrategias de afrontamiento para manejar una misma situación estresante. Es importante reconocer que el afrontamiento es un proceso dinámico, que cambia en calidad e intensidad, dependiendo de información nueva y de los resultados de experiencias previas.

Lo anteriormente mencionado se puede corroborar con los resultados de las tablas de contingencia, en donde se muestra que los cuidadores primarios manifiestan **un nivel de ansiedad mínima a leve**, utilizan las estrategias centradas en el problema, como sería la **estructuración cognitiva** así como las estrategias centradas en la emoción siendo la mayoría adaptativas tales como: la **expresión de emociones y el apoyo social**. Se ha mostrado en diferentes investigaciones que este tipo de estrategias ayudan a tener un menor impacto psicológico y logran reducir la ansiedad (Heru, Ryan, Vlastos, 2004).

La tendencia a preferir este tipo de afrontamiento (centrado en la emoción y reinterpretación cognitiva del problema) puede estar asociado con la situación en que se ven comprometidos - cuidar a personas dependientes con enfermedades crónicas, condición que parece “no tener solución”- por lo cual, aceptar el problema, reinterpretarlo como positivo y centrarse en la emoción, constituyen formas de proteger su salud mental.

A diferencia de esto, los cuidadores primarios que presentan un **nivel de ansiedad moderado**, en quienes se hacen presentes respuestas centradas en la emoción de manera desadaptativa, tales como la **retirada social**, ya que el paciente postrado necesita toda la atención posible del cuidador, que desarrolla un proceso de dependencia entre cuidador-paciente. Por tanto, el cuidador queda atrapado en esta función y aislado de los encuentros sociales.

El otro tipo de respuesta en los cuidadores con **ansiedad moderada** es la **resolución de problemas** estrategia adaptativa que inicialmente lleva al cuidador primario a desarrollar un plan de acción específico para enfrentar una situación, analiza su propia experiencia y la de otros para determinar un curso de acción eficaz para resolver un evento estresante, tomar de decisiones y solucionar el problema (Gottlieb, Wolfe, 2002).

Los cuidadores primarios que manifestaron un **nivel de ansiedad severo**, utilizaron las estrategias de afrontamiento que corresponden a una diversidad de respuestas tanto centradas en la emoción como centradas en el problema, en su mayoría desadaptativas. De tal forma que la **autocrítica, el pensamiento desiderativo y la retirada social** son frecuentes cuando hay una situación estresante y provocan en el cuidador primario un desajuste emocional (Laserna, Castillo, Peláez, Navío, Torres, Rueda, 1997).

Capítulo VII

Conclusiones, Límites y Sugerencias

Conclusiones

Fundamentados los resultados generales y cada uno de los elementos que constituyen ésta investigación, se concluye lo siguiente:

Con base en las estadísticas poblacionales de los últimos años del INEGI (2000 y 2008), se observa un aumento significativo de la población en decadencia y envejecimiento; que favorece el incremento de enfermedades crónico-degenerativas relacionadas con la edad y en consecuencia con padecimientos que derivan en un estado de postración; aunado a ésta condición, se genera el aumento inevitable de cuidadores primarios, quienes al desempeñar dicho rol tienden a descuidar sus diferentes esferas físico, psicológico, emocional, social, sexual, espiritual y laboral.

Este rol de cuidador primario ha sido de gran interés en el área de la Psicología y las ciencias de la salud, por ser un elemento de gran importancia y vulnerabilidad durante el proceso de la enfermedad crónico-degenerativa de un paciente, debido a la gran demanda de atención y grado de responsabilidad en la toma de decisiones.

Los resultados de la presente investigación demostraron un perfil sociodemográfico que coincide con la mayoría de los estudios realizados a nivel internacional y nacional, que describen en el rol de cuidador primario a mujeres con una edad promedio de 47 años de edad, hijas y esposas, casadas y/o solteras, amas de casa con un bajo nivel socio-cultural, educativo y económico, quienes realizan una jornada de tiempo completo y una periodicidad intensa sin una

remuneración económica alguna. Cabe destacar que en referencia a la esperanza de vida actual en México es de 77 años de edad en mujeres y 73 años de edad en hombres en promedio, el paciente en estado de postración en su mayoría son mujeres viudas con una edad avanzada promedio de 73 años de edad con un padecimiento de cáncer diagnosticado.

Los resultados de éste estudio en relación a los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento concluyen que la mayoría de los cuidadores primarios de pacientes en estado de postración manifiestan un nivel de ansiedad moderado, sin embargo la gran mayoría desarrolla un nivel de ansiedad severa consecuencia de periodos prolongados dedicados a ésta ardua tarea. En diferentes estudios realizados se corrobora también que llegan a manifestar síntomas psicológicos importantes como depresión, ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, agotamiento, tristeza y sentimientos de insatisfacción.

Como resultado del proceso estadístico también se encontró que en función de los niveles de ansiedad y su manifestación, se modifica el uso de las diferentes estrategias de afrontamiento. Así, los cuidadores primarios que manifestaron niveles de ansiedad moderada, presentan una respuesta adaptativa centrada en el problema, lo que demuestra que inicialmente buscan resolver situaciones difíciles independientemente de la solución; no obstante, sufren un claro desgaste emocional al complicarse las condiciones de la enfermedad y al no ver resultados positivos en relación con su paciente, emplean estrategias de afrontamiento, en su mayoría respuestas desadaptativas centradas en la emoción, tales como la autocrítica, el pensamiento desiderativo y la retirada social, particularmente presentes en los cuidadores con un nivel de ansiedad severa. De forma que, al sentirse incapaces de responder asertivamente a las demandas que percibe como estresantes experimenta ansiedad, desequilibrio y malestar.

Por tanto, los resultados obtenidos de este estudio confirman una estrecha relación entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento que emplean

los sujetos de esta muestra, por lo que parece que a medida que se incrementa el nivel de ansiedad en los cuidadores primarios tienden a emplear estrategias de afrontamiento desadaptativas y/o inadecuadas centradas en la emoción.

Limitaciones del estudio

En esta investigación, debe señalarse el tamaño reducido de la muestra, lo que da al presente trabajo un carácter de estudio restringido ya que no puede generalizarse a toda la población mexicana.

Una limitación de esta investigación fue la espera tan larga de la captación de los cuidadores primarios ya que por semana el programa de Atención domiciliaria de pacientes crónicos degenerativos y terminales (A.D.E.C) del Hospital General Zona No. 47 del IMSS, les daban citas recurrentes y no se veían a otros pacientes de nuevo ingreso. Además el IMSS les proporciona a este programa un transporte en condiciones precarias, en varias ocasiones no salíamos a ver a los pacientes de nuevo ingreso por falta de mantenimiento del vehículo.

Otra limitante importante es el lugar de aplicación de los instrumentos, ya que fue en su domicilio, en algunas ocasiones el paciente llamaba a su cuidador primario para que estuviera con ellos en la revisión médica, por ende, se interrumpía la aplicación; cuando se retomaba se quedaban preocupados por dejar solo a su familiar enfermo y en algunas ocasiones no ponían mucha atención.

Además el poco tiempo que se me daba aproximadamente de 15 a 20 minutos por paciente para la aplicación de los instrumentos además de una contención breve. La doctora responsable del programa de atención domiciliaria visitaba de 6 a 7 pacientes en el turno vespertino y los domicilios se encontraban a distancias muy apartadas.

Sugerencias

Es importante que el psicólogo clínico le proporcione al cuidador primario una psicoeducación en cuanto a lo que se refiere al proceso de la enfermedad, así como del impacto psicológico y social que ésta tiene y cómo afecta la calidad de vida tanto del paciente como del propio cuidador primario, con el objetivo de realizar programas de prevención y apoyo terapéutico, de tal forma que se puedan evitar trastornos en la salud y bienestar de los cuidadores; además procurar que el cuidador se sienta seguro, reduzca su incertidumbre y pueda desempeñar su papel lo mejor posible.

Cuando se identifique al cuidador primario con altos niveles de ansiedad, agotamiento, estrés, depresión, se debe considerar asesoría individual y familiar. Es recomendable que el cuidador primario reciba terapia individual hasta lograr una mejoría en su calidad de vida, con el objetivo de que el cuidador se adapte a la situación en la se encuentra, proporcionándole estrategias para manejar adecuadamente la problemática a la que se enfrenta, con esto ayudarlo a que mejore sus síntomas, un mejor estado emocional y un menor sufrimiento personal.

Posteriormente a esto podrá recomendar que ingrese a grupos de apoyo especializados para cuidadores con el propósito de conocer, intercambiar ideas, practicar nuevas estrategias y razonamientos basados en solución de problemas, brindar apoyo emocional ya que reduce la incidencia de depresión y ansiedad.

Es importante mencionar que con este tipo de investigación se pueda realizar un programa de atención al duelo ya que los cuidadores primarios quedan con muchos sentimientos de culpa, tristeza por el ser querido que ha fallecido, principalmente evitar conductas y emociones que arriesguen su propia vida, fomentando la apertura social, habilidades de afrontamiento, resolución de problemas, comunicación asertiva e inclusión al trabajo.

Se recomienda realizar para investigaciones futuras una comparación entre cuidadores de pacientes hospitalizados postrados y los cuidadores de pacientes en estado de postración en domicilio para identificar las diferencias en la calidad de vida y afectaciones psicológicas en función al cuidado.

Y por último, cabe destacar la falta de conocimientos sobre el tema en nuestro país, ya que son muy escasas las publicaciones existentes. Por tal motivo, nos permitimos llamar la atención a los profesionales e investigadores relacionados con el campo de la salud para que se planteen emprender estudios en esta área.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aduna, M. (1998). Afrontamiento, apoyo social, y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, División de estudios de Posgrado, UNAM, México.

- Alpuche, V. (2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores informales. Tesis de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Fes Zaragoza, México. D.F.

- American Psychiatric Association (2001) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR*. Barcelona: Masson.

- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.

- Aneshensel, C.S., Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Zarit, S.H., Whitlatch, C.J. (1995) *Profiles in caregiving. The unexpected career*. San Diego: AcademicPress.

- Araneda, E., Aparicio, A., Escobar, P., Huaiquivil, G., Méndez, K. (2006) Características del cuidador principal y su relación con la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, 19, 79-86.

- Arredondo, J.I. (2008). Calidad de Vida y sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con Diabetes Mellitus tipo 1 y Madres de niños sanos. Tesis de Psicología, Universidad Nacional de México, Fes Zaragoza, México. D.F.

- Armstrong, P., Armstrong, H. (2001) *Thinking it Through: Women, work and caring in the New Millennium*. Documento electrónico, consultado 03/2011, desde [http://www.medicine. da.ca/mcewh](http://www.medicine.da.ca/mcewh).

-Arranz, P., Barbero, J.J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos (pp.51-140). Barcelona: Ariel Ciencias Médicas. En Maté, J., Hollenstein, M.F. y Gil, F.L. (2004) Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.

- Astudillo, W., Mendinueta, C. (2003). Necesidades de los cuidadores de los pacientes crónicos. En Guía de recursos sociosanitarios en el final de la vida en Guipúzcoa, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamon, N. (2008) Higiene y prevención de la ansiedad. España: Ediciones Diaz de Santos.

-Bass, D.M. (2002). The transition from caregiving to bereavement: the relationship of care-related strain and adjustment to death. *Gerontologist*, 30, 35-42.

-Bazo, T., Domínguez-Alcon, C. (1996) Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. Barcelona: Universidad de Barcelona; 43-56.

-Belloch, A. y Sandín, B. (1996). *Manual de psicopatología*. Editorial McGraw-Hill. Interamericana.

-Bermejo, J.C. (2002) Cuidar a las personas mayores dependientes. *Sal Terrae*, 204- 210.

- Bernal, P., Meleis, A.I. (1995) Being a mother and a “pordia” domestic worker: Companionship and deprivation. *Western J Nurs Res*, 17, 365- 382.

-Bobes, G., Bousoño, G. y Calcedo, A. (2001). Trastorno de estrés postraumático. Barcelona: Masson.

- Bookwala, J. ,y Schulz, R. (1998) The role of neuroticism and mastery in spouse caregiving assessment of response to a contextual stressor. *Journals of Gerontology*, 53:155-64.

- Buckman, R. (1992) *How to break bad news*. Londres: Pan Books

- Brown, R., Daly, B. y Rickel, A. (2008). *Enfermedades crónicas en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.

- Boyle, D. (2000) Caregiver quality of life after autologous bone marrow transplantation. *CancerNursing*, 23,193-203.

- Buendía J. (1999). *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Burgos, J.M. (2004). *Diagnóstico sobre la Familia*. Madrid: Palabra.

- Callejas, R. (2002). *Estilos de afrontamiento, calidad de vida y notificación de personas infectadas de VIH/SIDA*. Tesis de Licenciatura, UAM Iztapalapa.

- Cano A., Tobal M., Gonzalez H., yIruarrizaga (1994). *El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias*. Universidad Complutense de Madrid.

- Cardenas R. (2001) *Las causas de muerte en México, en la población de México: tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, pp. 109-144,CONAPO y Fondo de Cultura Económica.

- Carretero, S., Garcés, J. Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuesta de intervenciones psicosocial*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

- Casas, H. M. (2000) *Vivir bajo presión. El estrés*. Barcelona: Oceano.

- Chang, E. W., Tsai, y., Chang, T., Tsao , C. (2007) Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psycho-Oncology*, 10 (16), 950-955.

-CIE 10 (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Madrid: Mediator. (ICD-10, International Classification of Diseases, 10th revision).

-Centeno, C. (2004). Cuidar a los que cuidan. Qué y cómo hacerlo. Jaén: Formación Alcalá.

-Cohen, F., y Lazarus, R. (1979). Coping with the stress of illness. San Francisco: Jossey- Bass.

-CONAPO (2000), La situación demográfica de México. Consejo Nacional de Población, México.

-Consejo Nacional de Población. Proyecciones de población de México 2000-2050. México <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>

-Centeno, C (2004), Cuidar a los que cuidan, qué y cómo hacerlo. Formación Alcalá.

-Crespo, M., y Labrador, F.J (2003) Estrés. España: Síntesis.

- Crespo, M., López, J. Y Cuenca, T. (2005). ¿El cuidador descuidado? *JANO*, 65, 516-517.

-Crespo M, López M. (2007) Apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". 1ª ed. Madrid: IMSERSO.

-Cuidados Paliativos (1993). Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- De la Huerta, R., Corona, J. (2003). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

-Deví, J., y Ruíz, A.I. (2002). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. Revista Multidisciplinaria de Gerontología, 12,31-37.

-Devine, J.A., Wright, J.D (1993) The greatest of evils. Urban poverty and the American underclass. New York; Aldine.

- Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos defunciones y mortalidad 1979- 2009.

-Dirección de Prestaciones Médicas (DPM); a partir de 2011, Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), IMSS.

- Espinosa, M., Clerencia, M., Serrano, M., Alastuey, C., Mesa, P., Perlado, F. (1996) Apoyo social, demencia y cuidador. RevEspGeriatrGerontol, 31,31-35.

-Fadden, Medianos, Magliano (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia. Results of the Biomedical study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33 (9), 405-412.

-Farran, C.J., Kaufman, J.E. y Davis, L. (1997) Race, finding meaning and caregiver distress. Journal of Aging and Health, 9:316-3.

-Figuroa, M., Contin, N., Lacunza, A., Levín, M. y Estévez, S. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un

estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de la psicología*, 21, (1), 66-72.

-Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R. y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

-Folkman, S. y Moskowitz, J.T (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review Psychology*, 55, 745- 774.

-Frank, J. (1994) *La salud de la población. Hacia una una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica.

-Freud, S. (1971) *Introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza.

-Gandara, J. y Fuertes, J. (1999) *Angustia y ansiedad. Causas, síntomas y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.

-García, M., Mateo,R. y Maroto,N.(2004) El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18.

-García, M., Mateo, I. y Gutiérrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. España: Escuela Andaluza de Salud Pública.

-García, M., Rodríguez, I., Navarro, G. (2004) El impacto del cuidar en la salud y la calidad de la vida de las mujeres. *GacSanit* may; 18 (supl.2):83-92.

-González, B. (1987). Acontecimientos vitales y salud mental: metodología, resultados y crítica. *JANO*, 30 (1-5).

-González, F. (2004). Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. *Revista del Hospital Ramos Mejía*, Edición Electrónica Vol IX N° 4-2004, disponible en: [http:// www.ramosmejia.org.ar](http://www.ramosmejia.org.ar)

- González, J., Vázquez, J., Díaz, R., Domínguez, M. (2008) Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas. *Revista CONAMED*,13, (Supl.1).

-González, L, P. (2004) Estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad. Departamento de personalidad, Evaluación y tratamientos Psicológicos. Universidad de la Laguna, España.

-González, V. y Stern, M. (1993) La obesidad como factor de riesgo cardiovascular en México. Estudio en población abierta. *Rev Investigación Clin*, 45, 13-21.

-Gottlieb, B. y Wolfe, J. (2002) Coping with family caregiving to persons with dementia: a critical review. *Aging & Mental Health*, 6(4):325-42.

-Graham, H. (1983). "Caring: a labour of love", en Finch J. y Groves D. (eds.), *A labour of love*. Londres Routledge and Kegan Paul, pp. 13-30.

-Guerra, L., Villagrán- Vázquez, G. y Díaz- Loving, R. (1998) Role playing y estrategias de afrontamiento ante el VIH/SIDA. *La Psicología Social en México*, VII, 312-317.

-Haley, W., Roth, D., Coleton, M., Ford, G., West, C. y Collins, R. (1996) Appraisal, coping, and social support as mediators of well-being in black and white family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 121-129.

-Haley, W.E., Lamonde, L., Han, B., Burton, A. y Schonwetter, R. (2003) Predictors of Depression and Life Satisfaction Among Spousal Caregivers in Hospice: Application of a Stress Process Mod. *Journal of palliative Medicine*, 6(2).

-Haley, W.E.; Brown, S.L. y Levine, E.G. (1987). Experimental evaluation of the effectiveness of group intervention for dementia caregivers. *The Gerontologist*, 27, 376 – 382.

-Heru, A, M., Ryan, C, E., Vlastos K. (2004) Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorders. *Psychiatr Rehabil J*;28(1):67-71.

-Holmes, T.H. y Rahe, R.H (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

-Horgas, A., Wilms, H. y Baltes, M. (1998). Daily life in very old age. Everyday activities as expression of successful aging. *The Gerontologist*, 38(5), 556-567.

-Hudson J. I., Arnold L. M., Keck P. E., Auchenbach M. B., Pope H. G. (2004). Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biol Psychiatry*; 56(11):884-891.

-Hull, C. (1921). Quantitative aspects of the evolution of concepts: An experimental study. *Psychological Monographs*, 28, 123.

-INEGI. Esperanza de vida - género - 2006-2010 entidad federativa. Revisado el 12 de mayo del 2011. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2007/muertos07.pdf>

-Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2012.

Capítulo 2. *Entorno Demográfico y Epidemiológico y Otros Factores de Presión Sobre el Gasto Médico*; puede recuperarse parcial o totalmente en la siguiente dirección de Internet: <http://www.imss.gob.mx/instituto/informes/pages/index.htm>

-Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009) Diabetes principal causa de pensiones por invalidez. Revisado el 13 de Mayo del 2011. Disponible en www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/D0833A49-15DF.../151009Com292.pdf

- Islas, S., Ramos, D. R., Aguilar, E., García, G. (2005) Perfil Psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev. Inst Nal Enf Resp Mex*; 4 (19), 266-271

-Kaplan, Sadock y Freedman (1979) Compendio de Psiquiatría, México, Salvat.

- Kaplan y Sadock (1992) Compendio de Psiquiatría, México, Salvat.

-Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R.P., Snoek, J.D y Rosenthal, R.A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. Nueva York: Wiley.

-Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., Jaffe, M (1963). *Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. *JAMA*; 185: 914-919.

-Kresiman, D. y Joy, V (1974). *Family response to the mental illness of a relative: A review or the literatura*. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 34-57.

-Laserna, A., Castillo, A., Peláez, M., Navío L, F., Torres, C., Rueda S, et al. (1997) *Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer*. *Psicología Conductual*; 5:364-73.

-Lazarus, R (2000). Pasión y razón. La comprensión de nuestras emociones. México. Paidós.

-Lazarus, R (2000). Estrés y emoción manejo e implicaciones en nuestra salud. España: Ed. Desclée de Brouwer.

-Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

-Lazarus, R.S., y Folkman, S (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Roca.

-López B.J., Serrano A. P., Duque G. B. (2002). Los costes socioeconómicos de la diabetes mellitus. Aten Primaria; 29 (3): 145-150.

-López, F. (2004) Epidemiología. Enfermedades no transmisibles y crónico degenerativas. Manual Moderno, México.

- Manual de apoyo para personas que brindan cuidados a otras. 2006 México centro oncológico integral. Secretaria de salud.

-Marín, J. (1999). Estrés Psicosocial y su Afrontamiento. Psicología social de la Salud. Madrid: Síntesis S.A.

-Maté, J., Hollenstein M.F. y Gil, F.L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Psicooncología, 1(2-3), 211-230.

-Martínez, D., Rendón, M. Ramos del Río, B., Santiesteban M., Valdés, E., Morales, M., Leños, L., (2008).Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 20: 23-29.

- Martínez, D. Y Solís, L. (2001) Comparación entre indicadores de salud: afrontamiento y redes sociales en dos poblaciones diferentes de la tercera edad en el Distrito Federal. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

- Mechanic, D. (1977). Cognitive-behavior modification: An integrative approach. New York: Plenum.

- Mendieta H. I., (1997). Estrés y Salud. Valencia: Promolibro.

- Minuchin, S. (1983) Familias y terapia familiar. México: Gedisa Mexicana.

- Miguel- Tobal, J. (1996). La ansiedad. Madrid: Santillana.

- Mitchell G.J. (1998) Living with diabetes: how understanding expands theory for professional practice. Canadian Journal of Diabetes Care; 22 (1): 30-37.

- Mockus Parks, S. y Novielli, K.D. (2000).A practical guide to caring for caregivers. *AmericanFamilyPhysican*, 15, 2215 – 2219.

- Moore, M., Zhu, C., Clipp, E. (2001) Informal cost of dementia care: estimates from National Longitudinal Caregiver Study. *J Gerontol B PsycholSciSocSci*, 56, 219-28.

- Muñoz O, García Peña C, Durán L, (2004). La salud del adulto mayor. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Navarro, J. (2004) Enfermedad y Familia: manual de intervención psicosocial. Barcelona: Paidós Iberica.

- Nijboer T., Tempelaa, R., Sanderman, R., Van den Bos, G. (1999) Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients. *Cáncer*, 86, 577-588.

-Omar, G (1995). *Stress y Coping. Las estrategias de coping y su interrelación con los niveles biológicos y psicológicos*. Argentina: Lumen.

-Organización Mundial de la Salud (2009). *Cáncer*. Nota descriptiva N°297, Julio de 2008. Revisado el 6 de enero de 2011 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

- Pastrana, D. (1998). *Estrés y estilos de afrontamiento ante la enfermedad crónica en el paciente pediátrico*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

-Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., Skaff, M.M. (1990) Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*; 30(5):580-1.

- Pearlín ,L., Mullan, J., Semple, S., Skaff M. (1990) Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*; 30,583-594.

-Pearlin, L.I. y Skaff, M.M (1995). The structure of coping.*Journal of Health and Social Behavior*, 19, 12-21.

-Pérez, D. (2001). *El estrés como enfrentamiento inadaptado del hombre ante el medio*. Interpsiquis.

- Pérez, J., Abanto, A., Labarta, M. (1996) El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo. *AtenPrimaria*, 4(18), 194-201.

-Pinquart, M. y Sörensen, S. (2007) Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta- Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62(2). 55-65.

-Pinquart, M y Sörensen, S. (2006) Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources and Health: An Updated Meta-Analysis. *J Gerontol B PsycholSciSoc Sci.*; 61(1):33- 45.

-Pittman, F.S. (1990). Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Barcelona: Paidós.

-Pruchno, R.A. y Resch, N.L. (1989). Aberrant behaviors and Alzheimer's disease: Mental health effects on spouse caregivers. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44 (5), 177 –182.

-Reyes, L.A., Garrido G., Torres V. L., Ortega S.P. (2010) Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*. 20:111-117.

- Rinaldi, L., Spazzafumo, R., Mastriforti.,Mattioli M., Marvardi M., Polidori, A., et al. (2005) Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *Int J GeriatrPsychiatry*, 20, 168-174.

- Rodríguez, A. (2005) Sobrecarga psicofísicas en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer, causas, problemas y soluciones. España.

-Rojas, E. (1998) La ansiedad. España: Vivir Mejor.

-Rojas, E. (2001) La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. México: Edit. Vivir mejor temas de hoy; 25-132.

-Rolland J.S. (2000) Familia, Enfermedad y Discapacidad: una propuesta desde la Terapia Sistémica. Barcelona: Editorial Gedisa.

- Salmerón, M. y Alonso, P. (2006). Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 60, 129-147.

-Sánchez- Cánovas, J. y Sánchez López, P. (1994) Psicología diferencial: diversidad e individualidad humana. Madrid: Centro de Estudios Ramón Araces.

-Sánchez, A. (1980) Familia y sociedad. México. Cuadernos de Joaquín Mortiz.

-Sadín, B y Chorot, P(1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. Madrid: McGraw-Hill

-Saunders, J (2004). Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. Issues in Mental Health Nursing; 20(2), 95-113.

-Schneiderman y Siegel (2005). Stress and health. Psychology, behavioral and biological determinants. Annual Review of Clinical Psychology, 1, 607-662.

-Schulz, R y Beach, S.R. (1999) Caregiving as a Risk Factor for Mortality the Caregiver Health Effects Study. Am MedAssoc, 282(23):2215-9.

-Secretaría de Salud. La mortalidad en México 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006.

-Seguí, J., Ortiz- Tallo, M., y 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 (1975). Stress without Distress. Nueva York: New American Library.

- Silver, R.L. y Wortman, C.B. (1980). Coping with undesirable life events. NY: Academic Press, 279-351.

- Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Secretaría de Salud. (2010).

- Siegman, A., Townsend, S., Civelek, A. y Blumenthal, R. (2000) Antagonistic behavior, dominance, hostility and coronary heart disease. Psychosomatic Medicine, 62, 2, 248-257.

- Siegrist, J., Siegrist, K. y Weber, I. (1986). Sociological concepts in the etiology of chronic disease: The case of ischemic heart disease. Social Science and Medicine, 22, 247-253.

- Sommerfield, M.R., y McCrae (2000). Stress and coping research: Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. American Psychologist, 55(6), 625- 629.

- Sotelo, C. Y Maupome, S. (2000). Traducción y estandarización del cuestionario modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes Mexicanos. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

- Spielberger, C. D. (1980) Tensión y ansiedad. México: Harla.

- Spielberger, C. D. (1966). Anxiety and behavior. New York: Academic Press.

- Spielberger, C. (1972). Anxiety: Currents trend in theory and research. New York Academic Press.

-Stober J. (1998). Efectividad de una intervención de consejería para ayudar a cuidadores familiares de pariente crónicamente enfermos. *Journal of PsychosocialNursing*, 36 (8), 26-32.

-Tugrul M, Eren I, Ozcankaya R, Civi I, Ertuk J, Ozturk M. (2003) Psychological symptoms are greater in caregivers of patients on hemodialysis than those of peritoneal dialysis. *Hemodial Int*;7(4):332-337.

-Turner, R. y Marino, F. (1994) Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 193-221.

-Urquidi, T. L., Montiel, C. M., Gálvez, L. M. (1999) Ajuste Psicosocial y Afrontamiento en pacientes con Cáncer de mama. *Revista Sonorense de Psicología*. Vol. 13(1) p.p. 30-16.

- Valles, M., Gutiérrez, V., Luquin, A., Martín, M., López, F. (1998) Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Aten Primaria*, 22, 481-5.

-Vallejo, J. y Gastó, C. (2000) Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. España: Edit. Masson; 3-20 y 165-212.

-Varela, P. (2002) Ansiosa-mente. Claves para reconocer y desafiar la ansiedad. México: Edit. La esfera de los libros; 17-87.

-Vedhara, K., Shanks ,N., Wilcock, L. y Lightman, S.L. (2001) Correlates and predictors of self reported psychological and physical morbidity in chronic caregiver stress. *Journal of HealthPsychology*, 6:101-19.

- Velasco, M. y Sinibaldi, J. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias), México: Manual Moderno

- Vitaliano, P.P., Russo, J., Young, H.M., Teri, L., Maiuro, R.D.(1991) Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *PsycholAging*. 6(3):392-402.

- Walsh, F. (1998). El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío. *Sistemas familiares*, marzo.

- Wenk, R., Monti, C. (2006) Evaluación del sufrimiento de los cuidadores responsables de pacientes con cáncer asistidos en un centro de cuidados paliativos en Argentina. *Medicina Paliativa* 13: 64-68

- Wilson, H. (1989) Family care giving for a relative with Alzheimer's dementia: coping with negative choice. *Nursing Research*, 38, 94-98.

- Yanguas, J.J.; Leturia, F.J. y Leturia, M. (2001). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Matia Fundazioa*, 1 - 20.

- Zapata. C. (2002) El significado de "cuidar" para los cuidadores familiares de adultos postrados. Tesis del Instituto de Enfermería. Universidad Austral de Chile.

- Zarit, S., Cheri, A., Boutselis, M. (1987) Interventions with caregivers of dementia patients: comparison of two approaches. *Psychol Aging*, 2, 225-32.

- Zarit, S.H. (2004). Family care and burden at the end of life. Commentary. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (12), 1811 – 1812.

A N E X O S

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Hospital General Zona No.47 del IMSS sustenta la práctica de protección para los participantes en investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio llamado **“AFRONTAMIENTO Y ANSIEDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES EN ESTADO DE POSTRACIÓN.”**, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuario de los servicios del instituto o de cualquier otra índole.

Los procedimientos del estudio consistirán en: a) La evaluación de los estilos de afrontamiento, con el propósito de conocer el modo de pensar, de sentir y de actuar de los cuidadores primarios con pacientes en estado de postración, b) La evaluación de la ansiedad, con el propósito de conocer los niveles de ansiedad asociados a la enfermedad de su familiar.

Su participación consistirá en el llenado de tres instrumentos que a continuación se mencionan: Cuestionario socio demográfico, Inventario de Estrategias de Afrontamiento y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Es probable que pueda sentirse incomodo (a) con algunas preguntas, pero su franqueza nos permitirá desarrollar el procedimiento adecuado a sus necesidades. Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que nos proporcione será anónima y no habrá forma de identificarla a través de ella. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación.

He recibido la información completa sobre el proyecto **“AFRONTAMIENTO Y ANSIEDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO CON PACIENTES EN ESTADO DE POSTRACIÓN.”** y estoy de acuerdo en que mis datos e información proporcionada se utilicen de acuerdo a los fines que el estudio plantea.

Con mi firma declaro tener 18 años o más y que también otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los instrumentos pertinentes.

Cuidador Primario

Nombre y Firma

México D.F a _____ de _____ del 20_____.

ANEXO 2

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre: _____

SEXO

1.-Femenino _____ 2.- Masculino _____

ESTADO CIVIL

1.- Soltera _____ 2.-Casada _____ 3.-Divorciada _____

4.-Viuda _____ 5.-Union Libre _____

OCUPACIÓN

1.-Empleado _____ Tipo de Trabajo _____

2.-Desempleado _____

3.-Jubilado/pensionado _____

4.-Hogar _____

5.-Oficio _____

ESCOLARIDAD

1.-sin escolaridad

2.-saber leer y escribir

3.-Primaria Terminada _____ Incompleta _____

3=Secundaria Terminada _____ Incompleta _____

4=Bachillerato Terminada _____ Incompleta _____

5.-Carrera Técnica Terminada _____ Incompleta _____

¿Cuál? _____

6.-Licenciatura Terminada _____ Incompleta _____

¿Cuál? _____

7.-Posgrado Terminada _____ Incompleta _____

¿Cuál? _____

NIVEL SOCIOECONOMICO

1.- Bajo _____ \$59.82 a \$3,589.2

2.- medio _____ \$3,649.02 a \$ 7,178.4

3.- medio alto _____ \$7,238.22 a \$ 17,946

4.- alto _____ \$18,005.82 en adelante

¿Qué tipo de parentesco o relación tiene con el paciente?

¿Recibe honorarios por el cuidado que proporciona al paciente? ¿Cuánto?

¿Cuánto tiempo tiene cuidando al enfermo?

¿Cuántas horas dedica al día al cuidado del enfermo?

¿Cómo considera la relación que existe entre usted y la persona a la que cuida?

1.- Muy mala 2.- Mala 3.- Regular

4.- Buena 5.- Muy buena

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE: _____

EDAD DEL PACIENTE: _____

ESTADO CIVIL DEL PACIENTE: _____

ANEXO 3

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

NOMBRE _____ EDAD _____

SEXO _____ ESCOLARIDAD _____ EDO.CIVIL _____

RELIGION _____ RESIDENCIA _____

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada una e indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia

Poco o Nada	Mas o menos	Moderada mente	Severa mente
----------------	----------------	-------------------	-----------------

- | | | | | |
|-----------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 1.- Entumecimiento, hormigueo. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2.- Sentir oleadas de calor (bochorno) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3.-Debilitamiento de las piernas | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4.-Dificultad para relajarse | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5.-Miedo a que pase lo peor | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6.-Sensación de mareo | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 7.-Opresión en el pecho, o latidos acelerados | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 8.-Inseguridad | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 9.-Terror | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 10.-Nerviosismo | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 11.-Sensación de ahogo | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 12.-Manos temblorosas | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 13.-Cuerpo tembloroso | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 14.-Miedo a perder el control | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 15.-Dificultad para respirar | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 16.-Miedo a morir | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 17.-Asustada (o) | _____ | _____ | _____ | _____ |

18.-Indigestion o malestar estomacal

19.-Debilidad

20.-Ruborizarse, sonrojarse

21.-Sudoración (no debida al calor)

PUNTAJE TOTAL_____

DIAGNÓSTICO_____

APLICADOR_____

ANEXO 4

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación española por Cano, Rodríguez, y García, 2006).

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación marcando el número que corresponda:

0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de marcar sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Luché para resolver el problema | 0 1 2 3 4 |
| 2. Me culpé a mí mismo | 0 1 2 3 4 |
| 3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés | 0 1 2 3 4 |
| 4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado | 0 1 2 3 4 |
| 5. Encontré a alguien que escuchó mi problema | 0 1 2 3 4 |
| 6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente | 0 1 2 3 4 |
| 7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado | 0 1 2 3 4 |
| 8. Pasé algún tiempo solo | 0 1 2 3 4 |
| 9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación | 0 1 2 3 4 |
| 10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché | 0 1 2 3 4 |
| 11. Expresé mis emociones, lo que sentía | 0 1 2 3 4 |
| 12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase | 0 1 2 3 4 |
| 13. Hablé con una persona de confianza | 0 1 2 3 4 |
| 14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas | 0 1 2 3 4 |
| 15. Traté de olvidar por completo el asunto | 0 1 2 3 4 |
| 16. Evité estar con gente | 0 1 2 3 4 |
| 17. Hice frente al problema | 0 1 2 3 4 |
| 18. Me critiqué por lo ocurrido | 0 1 2 3 4 |
| 19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir | 0 1 2 3 4 |

20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27. Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39. Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA