



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA COGNITIVO CONDUCTUAL  
PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN**

**DIANA OLIVIER DEL ÁNGEL**

**LETICIA VARGAS REYES**

**DIRECTORA: DRA. PATRICIA CAMPOS COY, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**SINODALES**

**DRA. MARÍA SANTOS BECERRIL PÉREZ**

**DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA**

**LIC. LUIS MARIANO GALLARDO RAMÍREZ**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## Agradecimientos

*Diana Olivier del Ángel*

*Quiero agradecer a la vida y al Universo por permitirme conocer a las personas que han acompañado mi trayecto y mi carrera profesional, a todos los seres humanos que estuvieron y están presentes en mi camino: muchas gracias por el simple hecho de existir y enseñarme el verdadero valor de vivir.*

*Papá Guillermo, me has enseñado el valor de luchar y me forjaste para ser una auténtica soñadora, responsable de mis actos y sobre todo me mostraste el valor de la solidaridad y fraternidad al lado de mi mamá Irma que con su cariño y palabras me enseñaron qué significa ser una verdadera profesionalista, ser la mejor en cualquier ámbito de mi vida, me han hecho sentir el amor más grande que sólo mi familia me puede otorgar; la palabra gracias no alcanza para expresar todo lo que siento y estoy en deuda con ambos, porque por ustedes soy lo que soy.*

*Hermana Areli, mi compañera de aventuras, risas, enojos y llantos, mi cómplice y mi ejemplo, tienes toda mi admiración hermana; te agradezco por acompañarme en todos y cada uno de mis días de mi carrera y de mi vida y por hacer mi existencia llena de alegría.*

*Familia Olivier y Familia del Ángel, cada uno de ustedes tiene un lugar entrañable en mi corazón, les agradezco el apoyo y todos los momentos que juntos hemos creado.*

*Se dice que el colibrí trae amor como ninguna otra medicina, su presencia trae alegría al observador y representan a los seres de luz que ya no están con nosotros; desde el principio hasta el final de tu existencia trajiste como nadie la bondad a este mundo y agradezco a la vida haber tenido la dicha de compartir nuestros caminos.*

*A mis amistades y colegas les agradezco por llenar mi vida de diversión y reflexión, por permitirme estar en sus caminos; Gracias Jaz por estar conmigo en todo momento y mostrarme el significado de la amistad. Lety, este solo es el principio de muchas metas cumplidas, somos un excelente equipo y una gran mancuerna. Ambas ocupan un espacio enorme en mi corazón y me siento en deuda con ustedes por todos los momentos que han compartido conmigo. Gracias Familia Vargas Reyes por todo el apoyo y comprensión que en este proceso nos brindaron.*

*Dicen que cuando estás en armonía con el universo confabulan las almas para descubrirse y la mía tuvo la virtud de encontrarse con la tuya, gracias por acompañarme, por tu tiempo y por permitirme conocer el hermoso regalo del amor sempiterno.*

*Leticia Vargas Reyes*

*He tenido la dicha y la oportunidad de conocer a las personas que de forma consciente o no, han influenciado y dejado una importante huella en mi camino profesional y en mi corazón; a todos ellos gracias.*

*A mis padres Leticia y Pedro que me apoyan todos los días de mi vida y me dan todo, les ofrezco todo mi amor y gratitud. Por haberme guiado en todos mis proyectos y mis decisiones; por sus consejos, por el valor mostrado para salir adelante que me han infundado siempre, por hacerme una persona de bien y por creer en mí. ¡Infinitas gracias!*

*A mis hermanos Ana Gabriela y Juan Carlos, les agradezco la paciencia, la compañía y todos los aprendizajes que desde el inicio de este trayecto me han brindado con mucho cariño.*

*A todos mis amigos y colegas, me siento muy afortunada de tenerlos conmigo, espero que sigan siendo un ejemplo para mí, sé que seguiremos compartiendo muchas experiencias de vida y profesionales que nos ayudarán a crecer como personas. Gracias por su apoyo.*

*Existen personas que caminan a tu lado y no perciben la trascendencia que alcanzan en tu corazón y una de ellas eres tú, muchas gracias por todo el amor, la lealtad, por acompañarme en mi viaje y aportar tu personalidad única a mi vida.*

*Gracias Familia Olivier del Ángel por abrirme las puertas de su hogar y porque me convirtieron en un miembro más de su familia, sin su apoyo y comprensión no hubiéramos logrado esta meta.*

*No podría faltar mencionar a mi compañera de tesis Diana, que más que ser una compañera ha sido y será una valiosa amiga, de quién he aprendido incontables cosas, vivido experiencias únicas y compartido tantas aventuras. Estoy orgullosa de todos los logros que hemos alcanzado juntas y que seguiremos consiguiendo, es maravilloso ser parte de esta locura llamada vida a tu lado. Gracias por ser y estar.*

*A nuestros mentores, psicólogos profesionistas admirables y respetables, gracias por mostrarnos con su ejemplo y enseñanza el camino para contribuir a través de nuestra profesión una sociedad mejor. Dra. Eva María Esparza y Dr. Samuel Jurado gracias por apoyarnos en este proyecto y brindarnos su orientación en la culminación de este trabajo.*

*Dra. Patricia Campos, Lic. Luis Mariano Gallardo, Dra. Noemí Díaz y Dra. María Becerril, no solo tuvimos la oportunidad de conocerlos como profesores, fue un privilegio conocerlos como personas y como profesionistas, representan para nosotras un ejemplo a seguir, tienen toda nuestra admiración y respeto, gracias por permitirnos haber trabajado todo este tiempo con ustedes.*

*Gracias Dra. Andrómeda Valencia, Mtra. Ena Niño, Mtra. Zoraida Méendez, por dejar una huella en nuestro corazón y marcar de forma significativa nuestra formación académica y profesional, gracias por creer en nosotras y ser excelentes formadoras y profesionistas.*

## ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo I Trastornos psiquiátricos: ansiedad y depresión.....	6
1.1 Depresión.....	6
1.1.1 Depresión definición	
1.1.2 Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión	
1.1.3 Diagnóstico	
1.1.4 Prevalencia	
1.2 Ansiedad.....	11
1.2.1 Ansiedad definición	
1.2.2 Bases Biológicas de la ansiedad	
1.2.3 Diagnóstico	
1.2.4 Prevalencia	
1.3 Etiología de la ansiedad y depresión.....	17
Capítulo II Familiares de pacientes con ansiedad y depresión.....	23
2.1 La familia y los trastornos psiquiátricos.....	23
2.2 Cuidador primario informal.....	25
2.2.1 Funciones de la persona que presta cuidados	
2.2.2 Perfil sociodemográfico de los cuidadores	
2.3 Consecuencias en el cuidador primario informal.....	28
2.3.1 Alteraciones psicológicas y afectivas	
2.3.2 Estrés psicológico	
2.3.3 Estilos de afrontamiento	
2.3.4 Ansiedad y depresión	
2.3.5 Repercusiones en la salud	
Capítulo III Estructura y objetivos de las intervenciones. para familiares que prestan cuidados.....	38
3.1 Tipos de intervenciones para familiares que cuidan.....	38

3.2 Intervenciones psicoeducativas.....	44
3.2.1 Componentes y estrategias de las intervenciones psicoeducativas	
3.2.2 Características de los programas de intervención psicoeducativa	
Método.....	50
Resultados.....	78
Discusión .....	97
Conclusiones.....	109
Sugerencias.....	111
Referencias.....	113
Apéndices.....	128

## RESUMEN

La ansiedad y depresión repercuten a nivel biológico, conductual y emocional alterando la funcionalidad de las personas diagnosticadas. Los familiares que les brindan cuidados pueden tener afectaciones en la salud física y mental por el grado de dependencia que implican estos trastornos (Bernejo & Mercedes, 2005). Esta investigación tuvo como objetivo desarrollar un Programa Psicoeducativo mediante técnicas cognitivo conductuales para favorecer la salud emocional de familiares de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión. Participaron 9 familiares de pacientes que acuden al Servicio de Psicofisiología Aplicada del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. El diseño de investigación fue no experimental descriptivo de corte mixto, con pre test- pos test. Para la evaluación se aplicó una entrevista semiestructurada, los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, el Perfil de Estrés de Nowak, Inventario de Estilos de Afrontamiento, Cuestionario de Satisfacción del Programa Psicoeducativo y se realizó un análisis cualitativo del discurso de los participantes. La evaluación inicial reportó afectaciones en la dinámica y comunicación familiar, falta de información de los padecimientos psiquiátricos, afectaciones en la salud física y emocional, escaso tiempo libre y percepción de apoyo social bajo. Posterior al Programa, se observó una disminución de síntomas de depresión y ansiedad, incremento de hábitos de salud y mayores redes de apoyo social.

*Palabras clave:* Programa psicoeducativo cognitivo conductual, familiares de pacientes, ansiedad y depresión.

## INTRODUCCIÓN

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2001) el 14.3% y el 9.1% de la población ha presentado ansiedad y depresión respectivamente en algún momento de su vida, mostrando una alta prevalencia en estos trastornos que conlleva a cifras alarmantes en el sector de la salud mental.

La ansiedad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, puede presentarse como una reacción adaptativa o como síntoma que acompaña a otros padecimientos médicos o psiquiátricos. Se considera patológica cuando los síntomas provocan un grado evidente de disfuncionalidad en la persona (Feliú, 2014). La depresión es un problema de salud que se caracteriza por tristeza, pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio o pérdida de la concentración, afectando de manera importante la funcionalidad de la persona que lo padece (OMS, 2014).

Al verse afectada la funcionalidad, se tienen costos sociales, familiares y económicos por lo que han sido consideradas como dos de las diez enfermedades más incapacitantes en México (Muñoz, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007). Asimismo, personas con estos trastornos psiquiátricos generan un grado de dependencia hacia sus familiares lo que los lleva a incumplir con sus obligaciones personales y sociales, por lo que tienen que suplirles, aunado a que necesitan una



asistencia continua en su vida diaria y una contención frecuente de su comportamiento. En este sentido, las repercusiones sociales son tales, que las afectaciones ya no sólo son para el paciente diagnosticado, sino para los familiares que conviven con ellos y brindan cuidados. Se ha encontrado que el apoyo y cuidado brindado tiene repercusiones negativas tanto en la salud física como mental de los demás miembros de la familia en diferentes áreas: las relaciones de pareja, familiares y sociales; el desarrollo personal; el tiempo libre; la economía familiar; la salud mental y el malestar subjetivo de la persona que cuida en relación con la aparición del trastorno (Martínez, Nadal, Beperet & Mendióroz, 2000; Vázquez, Hermida, Díaz, Torres, Otero & Vanesa, 2014).

En otras poblaciones con trastornos psiquiátricos tales como demencias, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad o esquizofrenia, se ha observado que los familiares cercanos, presentan alteraciones físicas y emocionales relacionadas con prestar cuidados, mismas que podrían estar presentes en los familiares de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión (Gallagher-Thompson, Aréan, Coon, Menéndez, Takagi, Haley, Argüelles, Rubert, Lowenstein & Szapocznik, 2000; Leal, Sales, Ibáñez, Giner & Leal, 2008; McCurry, Gibbons, Logsdon, Vitiello & Teri, 2003; Regalado, Pchon, Stoewsand & Gagliese, 2011).

Existen pocos estudios que evalúen y diseñen intervenciones para las repercusiones colaterales que pueden tener los trastornos de ansiedad y depresión en los familiares. Por lo que el presente estudio tuvo como objetivo evaluar y desarrollar un programa psicoeducativo para familiares de pacientes

con trastornos de ansiedad y depresión mediante la implementación de técnicas cognitivo conductuales que permitieran incrementar el bienestar emocional.

Participaron en el programa nueve familiares de pacientes que recibieron atención psicológica en el Servicio de Psicofisiología Aplicada del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). El estudio consistió en tres fases: primero se llevó a cabo una evaluación inicial con el fin de detectar las necesidades de atención psicológica en los participantes; la segunda, consistió en el desarrollo y aplicación de un programa psicoeducativo mediante técnicas cognitivo conductuales para los familiares y la fase tres consistió en la evaluación del impacto del programa en los participantes.

En el primer capítulo, se exponen las características, etiología y prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión con la finalidad de contextualizar algunas de las problemática que viven los participantes de este estudio.

En el segundo capítulo, se describen las afectaciones en las diferentes áreas de la vida de los familiares de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión así como algunas de las características que comparten con cuidadores primarios informales de personas con diagnósticos de otros trastornos psiquiátricos, lo que permite enfatizar la necesidad de evaluación y atención psicológica en poblaciones similares.

En el tercer capítulo se habla acerca de la estructura y objetivos de las diferentes intervenciones que se han aplicado a personas que prestan cuidados y atenciones a familiares, lo que permitió discernir qué tipo de intervenciones

mostraron mayor eficacia para abordar las problemáticas y necesidades de atención psicológica para esta población. Este capítulo buscó fundamentar las intervenciones psicoeducativas como una herramienta eficaz e idónea para la adquisición de habilidades que generen bienestar y modifiquen las estrategias de autocuidado de los familiares de pacientes con trastornos de depresión y ansiedad.

En el apartado de la metodología se describe el diseño utilizado, los objetivos, hipótesis, variables, instrumentos de medición, análisis de resultados, procedimiento y contenido del Programa Psicoeducativo.

En el siguiente apartado, se describen los resultados de acuerdo a los análisis cualitativo y cuantitativo que se realizaron tanto a nivel grupal como individual.

Y por último se presentan la discusión y las conclusiones de los resultados obtenidos así como posibles sugerencias para estudios futuros.

## CAPÍTULO I

### TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

#### 1.1 DEPRESIÓN

##### 1.1.1 DEPRESIÓN DEFINICIÓN

La mayoría de las personas pueden llegar a sentirse con ánimo bajo, cansados o tristes ocasionalmente y durante periodos cortos, sin embargo, en la depresión clínica, el trastorno del estado anímico interfiere en la vida diaria de las personas durante un tiempo prolongado. La depresión es un problema de salud que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio o pérdida de concentración (OMS, 2017).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-V, 2014) la depresión se ubica dentro de los “Trastornos del estado de ánimo” y clasifica a los trastornos depresivos en: Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, Trastorno de depresión mayor, Trastorno depresivo persistente (distimia), Trastorno disfórico premenstrual, Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, el Trastorno depresivo debido a otra afección médica, Trastorno depresivo especificado y Trastorno depresivo no especificado. El rasgo común de todos ellos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del

individuo. Lo que los hace diferentes es la duración, la presentación temporal o la etiología.

#### 1.1.1.2 BASES NEUROQUÍMICAS Y NEUROANATÓMICAS DE LA DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad que afecta al organismo, el ánimo y la manera de pensar. Este trastorno depende de estímulos ambientales, estresores y sustratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) que provocan alteraciones en la homeostasis y en la función cerebral asociado todo ello al eje hipotálamo- hipófisis- suprarrenal (Guadarrama, Escobar & Zhang, 2009).

Existe evidencia que niveles anormales de neurotransmisores tales como la serotonina, norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos, que actúan en las neuronas del Sistema Nervioso Central, son importantes en la fisiopatología de la depresión (Ancelin, Scali, Norton, Ritchie, Dupuy, Chaudieu & Ryan, 2016; Guadarrama, et al. 2009)

La serotonina ejerce importantes acciones en el talante, la conducta, el movimiento, la percepción del dolor, la actividad sexual, el apetito, las secreciones endócrinas, las funciones cardíacas y el ciclo del sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina se genera en los núcleos de rafe, estructuras que forman parte del tallo cerebral (Moya, 2014).

La noradrenalina es generada en el locus coeruleus (LC) que es el núcleo del encéfalo en el tallo cerebral, las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación

hipocámpica y la corteza pre frontal. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en los episodios de estrés. Por lo que el estrés crónico puede favorecer la presencia de depresión reactiva mediante la disminución de los neurotransmisores en el LC (Guadarrama, et al. 2009).

Por otro lado, la dopamina es el principal neurotransmisor inhibitor, este participa en el mantenimiento del estado de alerta. Mientras que la serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta en función mental, la dopamina está involucrada en la función motriz (Carlson, 2006).

La interacción de estos tres neurotransmisores se ha llamado la hipótesis de monoaminas en la depresión, la cual propone que es causada por un déficit funcional de las monoaminas, noradrenalina y serotonina, en sitios claves del cerebro y que los agentes antidepresivos, ejercen un efecto facilitando la neurotransmisión mono aminérgica, por medio del incremento de las monoaminas en terminales sinápticas (Ferrali, Herlyn, Saidman & Martínez Glattli, 2014).

Se ha propuesto un modelo neuroanatómico que comprende la corteza prefrontal, el complejo amígdala-hipocampo, el tálamo, los ganglios basales y las abundantes conexiones entre estas estructuras. Se considera que los dos principales circuitos involucrados en la regulación del estado de ánimo son: el circuito límbico-talámico-cortical que incluye la amígdala, los núcleos dorsomediales del tálamo y la corteza prefrontal; así como el circuito estriado-pálido- talámico-cortical. De acuerdo con este modelo, las alteraciones del estado de ánimo, pueden ser el resultado de disfunción o anomalías en diferentes partes de estos circuitos que aunados a la vulnerabilidad biológica y en combinación con

factores ambientales, dan como resultado la presencia de los trastornos descritos (Shiah & Yatham, 1998).

### 1.1.2 DIAGNÓSTICO

Los trastornos depresivos tienen distintas características, sin embargo todos comparten la siguiente sintomatología de acuerdo a los criterios diagnósticos que establece el DSM-V (2014).

1. Estado de ánimo deprimido, la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso de más de cinco por ciento del peso corporal en un mes, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días y es observable por otros, no solo es su sensación subjetiva.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo).

Si la persona cumple con cinco o más de estos síntomas durante al menos dos semanas es muy probable que el trastorno esté presente; en general los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el área social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

### 1.1.3 PREVALENCIA

En el año 2002 se llevó a cabo en México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, entre población urbana de 18 a 65 años de edad (Muñoz, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007) los resultados arrojaron que el 9.1% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida, después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). La prevalencia anual es de 4.5% con una mediana de edad de inicio de 24 años. Con un 10.6% de concentración de las personas que la padecieron alguna vez en la vida en la Región Central Este del país; y un 5.6% en prevalencia anual en la Región Central Oeste. La Región con menor prevalencia es el Sureste con 5.7% para alguna vez en la vida y 2.2% en prevalencia anual. La cifra de prevalencia es de una entre ocho personas en México padece algún trastorno depresivo (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012).

Respecto a la prevalencia de depresión en México, se han observado diferencias entre sexo, grupo de edad, nivel educativo, estado civil, nivel



socioeconómico y en el caso de los hombres lugar de residencia, ya que se encontró que los que viven en zonas rurales tienen una mayor prevalencia que aquellos que viven en zonas urbanas, de igual forma el desempleo en el hombre representa un factor asociado al padecimiento de sintomatología depresiva. Las mujeres que refieren sintomatología representan un 5.8% de la población y en los hombres un 2.5% (Muñoz, et al., 2007).

En México, se ha encontrado que la depresión produce mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis: una persona con depresión pierde hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con enfermedades cardíacas (Muñoz, et al., 2007).

## 1.2 ANSIEDAD

### 1.2.1 ANSIEDAD DEFINICIÓN

La ansiedad suele confundirse con el miedo, sin embargo, el miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, ya sea real o imaginaria, que puede suscitarse en cualquier momento de la vida, la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se intersectan en una situación, pero se pueden diferenciar, el miedo se asocia a excesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida; mientras que la ansiedad se asocia con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamiento cauteloso o evitativo (DSM-V, 2014).

Esta respuesta, es una reacción que prepara al organismo para emitir una respuesta y, aparentemente, una solución a una situación evaluada como peligrosa o dañina. Rodríguez Correa (2008) menciona que la ansiedad cumple una función esencial para la supervivencia de un individuo actuando como un mecanismo de alerta y preparando para las exigencias ambientales, facilitando así un afrontamiento rápido, ajustado y eficaz, principalmente motiva al organismo a generar conductas apropiadas a la situación para poder superarla de forma eficaz.

La OMS (2011) define a la ansiedad como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos. Puede presentarse como una reacción adaptativa o como síntoma que acompaña a otros padecimientos médicos o psiquiátricos.

Por su parte, en el glosario de términos técnicos del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (2014), la define como la anticipación aprensiva de una amenaza o peligro futuro acompañado por sentimientos de preocupación, angustia y/o síntomas somáticos de tensión; el foco de peligro puede ser interno o externo. La ansiedad puede considerarse como patológica cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, provocando un malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. Es entonces cuando se considera un trastorno de ansiedad, los cuales comparten características de miedo y ansiedad excesivos, se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada.

### 1.2.1.1 BASES BIOLÓGICAS DE LA ANSIEDAD

Se habla de trastornos de ansiedad cuando no hay correlación entre el estímulo ansiogénico y la respuesta ansiosa; puede ser por la magnitud de la misma, la persistencia en el tiempo o el desligamiento entre ambos, estímulo y respuesta.

La ansiedad puede manifestarse mediante respuestas motoras, autonómicas y endócrinas (Herlyn, 2012):

La actividad motora ocurre directamente por la vía talámica (tálamo-complejo nuclear amigdalino- sistema límbico) y da como resultado una conducta que puede ser de lucha o de tipo evitativo, de huida. Lo anterior, implica realizar una acción automática sin tener un pensamiento concreto de dicha acción, por ejemplo, si una persona toca un objeto que siente que lo quema, retirará su mano inmediatamente sin pensarlo (Stahl, & Simón, 2009).

En este trastorno, las respuestas autonómicas producen la activación simpática, la cual ocasiona un aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la frecuencia respiratoria, tensión arterial, dilatación pupilar o mayor velocidad de los reflejos. En general, la activación de los núcleos protuberanciales se relaciona con el estado de alerta o vigilancia, permitiendo que la persona esté lista para escapar o atacar.

La actividad endócrina en la ansiedad implica la participación de la amígdala que transmite estímulos al hipotálamo, activando el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal del sistema endocrinológico.

Del hipotálamo, situado cerca del tálamo, depende la regulación de todas las otras glándulas del organismo, libera el Factor Liberador de Corticotrofina (CRH), que impacta sobre la hipófisis. El hipotálamo e hipófisis, operan a distancia sobre las demás glándulas mediante la Hormona adrenocorticotrópica (ACTH) liberada por la hipófisis. Entre todas las glándulas que inerva la ACTH se encuentra los corticosteroides producidos en la corteza suprarrenal.

Los estímulos ansiogénicos, activan el Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, aumentando la liberación de cortisol. El cortisol está involucrado en varias de las funciones que tienen que ver con el rendimiento del organismo: aumento de energía, ingesta, reserva calórica, umbral del dolor y disminución de respuesta inflamatoria. Cuando las concentraciones plasmáticas de cortisol son altas producen una disminución a la baja del número de receptores del hipocampo al cortisol, la cual provoca una falla en la retroalimentación negativa o “feedback” sobre la liberación del cortisol, de modo que se establece un equilibrio con niveles más altos de cortisol. Lo normal es que al desaparecer el estímulo ansiogénico disminuye el cortisol, se recupera el número de receptores y la sensibilidad al feedback. Sin embargo, una exposición prolongada al estímulo ansiogénico, se asocia con la falta de supresión en la producción de cortisol (Duval, González & Rabia, 2010).

Lo que ocurre en la depresión y la ansiedad es que comparten las mismas bases biológicas por lo cual el uso de antidepresivos cuenta con una acción antidepresiva y la acción ansiolítica disminuyendo la síntesis de corticosteroides endógenos (Ferrali, Herlyn, Saidman & Martínez Glattli, 2014).

### 1.2.2 DIAGNÓSTICO

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (2014), clasifica los trastornos de ansiedad de la siguiente forma: Trastorno de ansiedad por separación, Mutismo selectivo, Fobia específica, Trastorno de ansiedad social, Trastorno de pánico, Agorafobia, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad inducido por sustancias y medicamentos, Trastornos de ansiedad debido a otra enfermedad médica, Trastorno de ansiedad especificado y Trastorno de ansiedad no especificado.

Cada uno de estos trastornos tiene criterios distintos, no obstante comparten síntomas similares para poder ser diagnosticados. A continuación se describen los criterios diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada que fue el que presentaron los pacientes cuyos familiares participaron en este estudio:

1. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
2. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
3. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
  - a. Inquietud o sensación de estar atrapado o contante nerviosismo.
  - b. Facilidad para fatigarse.

- c. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
  - d. Irritabilidad.
  - e. Tensión muscular.
  - f. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
4. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
5. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
6. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, por ejemplo ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

En general las personas con trastornos de ansiedad refieren malestar subjetivo, debido a la preocupación constante y al deterioro en las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

### 1.2.3 PREVALENCIA

Los trastornos de ansiedad tienen una alta prevalencia en el mundo y también en México. En la actualidad el 26.1% de la población mexicana presenta un trastorno psiquiátrico, siendo los trastornos de ansiedad los más comunes con el 14.3% con una edad media de inicio de 21 años en donde el 1.7% son mujeres, mientras que el 1.0% son hombres (Muñoz, et al., 2007).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2001) los trastornos mentales más frecuentes son los de ansiedad con una ocurrencia de 14.3% en algún momento de la vida. Y al analizar los trastornos específicos de acuerdo a sus características diagnósticas las fobias fueron las más comunes con el 7.1% entre las que se encuentran la fobia social con 4.7%; por su parte, la prevalencia de trastorno de ansiedad en la población es de 2.1%, mientras que el trastorno de pánico tiene una prevalencia de 2.5% en algún momento de la vida.

### 1.3 ETIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

En la actualidad, se considera que la etiología de los trastornos depresivos y ansiosos es multifactorial, lo que puede ser el resultado de una interacción de factores genéticos, biológicos y psicosociales. Ambos trastornos comparten varios de los factores etiológicos, que serán descritos a continuación.

- a) Factores genéticos.

Estudios familiares recientes han revelado que los familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos) de personas con trastorno depresivo mayor, tienen alrededor de tres veces más probabilidades de presentar depresión que la población general (Sullivan, Neale & Kendler, 2000). La heredabilidad de la depresión mayor se estima entre un 31 a 42%, aunque puede ser mayor en algunos subtipos de depresión, tal como la depresión recurrente (Silva, 2002). De acuerdo con lo anterior, podría haber un riesgo mayor a presentar depresión si hay antecedentes familiares. Además, es probable que en cierta proporción, el componente genético implique una vulnerabilidad a los estresores ambientales (Moya, 2014).

De igual forma, estudios como el de Ancelin, Scali, Norton, Ritchie, Dupuy, Chaudieu y Ryan (2016) muestran que la variabilidad polimórfica del gen 5-HTTLPR parece influir en la predisposición para la aparición de depresión, especialmente en personas con pares homocigotos de alelos cortos en este gen parecen tener una mayor vulnerabilidad, mientras pares heterocigotos de alelos corto y largo parecen más resistentes a este trastorno. Sin embargo, otras variables como la aparición de depresión a edades tempranas y antecedentes familiares no mostraron un riesgo poligénico para la aparición de un diagnóstico de depresión mayor (Docherty, Edwards, Yang, Peterson, Sawyers, Adkins & Kendler, 2017).

En cuanto el papel que juega la genética en los trastornos de ansiedad se menciona en Moya (2014) que aproximadamente un 4% de la población con ansiedad presenta una variante polimórfica del gen SLC6A4 que codifica el



transportador de serotonina, produciendo un menor número de transportadores, lo que provoca un nivel de ansiedad mayor, lo cual supone, que existe al menos algún componente genético, que contribuye al desarrollo de los trastornos de ansiedad

#### b) Factores biológicos

Algunos aspectos de los trastornos depresivos pueden ser entendidos como una desregulación en la respuesta al estrés del sistema nervioso central (SNC). La desregulación se refiere a una mayor duración e intensidad de la respuesta al estrés del SNC que normalmente serían transitorias y adaptativas (Thase, Jindal & Howland, 2002).

En la etiología de la depresión se han implicado diversos neurotransmisores, en los que, según hipótesis del déficit serotoninérgico y la alteración en los niveles de noradrenalina, son las que cuentan con mayor apoyo experimental. Dichas hipótesis proponen que las alteraciones en el sistema neurotransmisor pueden deberse a cambios en el número o sensibilidad de los receptores pre y postsinápticos y no a una alteración o deficiencia del neurotransmisor en cuestión (Sierra, Zubeidat & Fernández Parra, 2006).

Por otro lado, los ejes implicados en la depresión son el tiroideo y el suprarrenal. Pareciera que estos se asocian con una hipersecreción de cortisol, en pruebas de supresión de dezametazona la inhibición en la secreción de cortisol se encuentra disminuida; además hay un hipofuncionamiento o hiperfuncionamiento en el eje tiroideo que se asocia con alteraciones en el estado de ánimo (Silva, 2002).

Referente a la ansiedad, los pacientes presentan una escasa regulación del sistema noradrenérgico, con estallidos ocasionales de actividad; una regulación anormal del sistema serotoninérgico (Moya, 2014), un funcionamiento anormal de los receptores del ácido gamma aminobutirico (GABA) así como de la actividad endócrina que implica modificaciones en el funcionamiento normal del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (Moscoso, 2009).

#### c) Factores psicosociales

A lo largo de la historia, las situaciones traumáticas o acontecimientos vitales pueden precipitar la aparición de un trastorno de depresión o ansiedad (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008). No sólo los acontecimientos vitales y las situaciones traumáticas pueden preceder la aparición de un trastorno, hay estresores que forman parte de la vida cotidiana que también pueden desencadenar estos problemas. No obstante, lo que realmente determina el grado en que un acontecimiento puede afectar o no la salud mental es la valoración subjetiva que se realiza de una situación (García, 2002).

De acuerdo a Baeza y colaboradores (2008), la falta de apoyo social se ha considerado uno de los factores de riesgo más potentes de problemas de salud, psicológicos y sociales; por otra parte, la presencia de apoyo social puede aumentar la autoestima, sentimientos de competencia y la sensación de control de la situación. Asimismo, existen algunos rasgos de personalidad como la evitación al daño que comparten la ansiedad y la depresión. Además, las personas con un nivel alto de inhibición conductual o evitación al daño, suelen mostrarse cohibidos ante estímulos novedosos o no familiares, reaccionando con retraimiento.

#### 1.4 COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

Los trastornos de ansiedad y depresión, pueden llegar a producir un alto grado de discapacidad, específicamente los pacientes que no han sido tratados de forma eficaz o han recibido un diagnóstico equívoco.

Entre las complicaciones que pueden presentar los pacientes con trastornos de ansiedad (Roca & Roca, 2004) se encuentra: ansiedad anticipatoria elevada y continua, es decir, mostrar una preocupación acerca de posibles crisis o consecuencias que pongan en peligro su vida de forma continua, lo cual, los lleva a acudir frecuentemente a centros o instituciones asistenciales. También se presentan conductas de evitación de actividades y situaciones, que pueden llegar a cumplir criterios de agorafobia; hay deterioro en el ámbito socio-laboral, ya que las personas experimentan cambios de conducta significativos y perjudiciales, como dejar su trabajo o estudios; pueden presentarse actitudes hipocondriacas, lo cual conlleva a que las personas sean excesivamente aprensivas con su estado de salud o en la separación de sus seres queridos.

Algunos pacientes presentan abuso de sustancias como el alcohol u otros con efectos sedantes, como intentos para controlar su ansiedad. Presentan baja autoestima, ya que se sienten incapaces de hacer una vida normal y llevar a cabo sus actividades cotidianas. Además, hay un incremento de muertes prematuras en personas diagnosticadas ocasionadas por suicidios en comparación con el resto de la población.

En el caso de la depresión de acuerdo a CIE-10, los criterios diagnósticos que muestran mayor severidad del trastorno son principalmente la presencia marcada de la pérdida de autoestima y sentimientos de culpa e inutilidad, se hacen más frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. También pueden aparecer síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave (OMS, 1992).

Tanto en los trastornos de ansiedad como de depresión, se observa que en casos severos, el grado de discapacidad puede ser mayor, lo cual repercute a nivel personal, por el incremento de la gravedad de los síntomas; a nivel institucional, ya que se requieren de más recursos para la atención y tratamiento; y a nivel familiar o social, debido a que la persona diagnosticada requiere de mayor atención y en muchos casos de vigilancia constante para evitar posibles situaciones que pongan en peligro la vida.

## CAPÍTULO II

### FAMILIARES DE PACIENTES CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

#### 2.1 LA FAMILIA Y LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

La dependencia es una situación referencial en la que una persona precisa de otras. Hay al menos dos sujetos implicados en esta relación; el que necesita y el que es necesitado. En la sociedad actual, existe un porcentaje numeroso que incluye a personas que padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, los cuales son en mayor o menor grado dependientes. A pesar de que estas personas no tienen limitaciones físicas, en la mayoría de los casos, requieren atenciones y cuidados constantes, no obstante, el tipo de discapacidad que genera un trastorno de esta naturaleza es difícil de observar directamente y tiene causas complejas, por lo que resulta complicado establecer el grado de dependencia que demuestran, ya que el deterioro recae en características mucho más abstractas y difíciles de analizar, como las funciones cognitivas y el control de la propia vida del sujeto (Pulido, 2010).

El proceso de salud enfermedad no es algo individual, incluye y afecta al contexto familiar del paciente. Ante la aparición de algún trastorno, la familia, puede reaccionar de diversas formas: resistirse o aceptar que algo no va bien, negar el trastorno, o incluso desarrollar conductas de hipervigilancia, sobreprotección o codependencia con el paciente, que pueden interferir en el diagnóstico inicial, o bien, en el transcurso del tratamiento del paciente, lo que puede llegar a empeorar la evolución del trastorno.

Desde una perspectiva sistémica, se entiende que la familia juega un papel importante, no sólo en el proceso generador de la enfermedad, sino también en el proceso de rehabilitación (Olabarria, 2009). Los familiares podrían interferir en el tratamiento, pues muchas veces no cuentan con información suficiente ni las opciones de tratamiento y a esto se suman las creencias o mitos alrededor del trastorno, dificultando el entendimiento del proceso que seguirá su familiar, lo que puede favorecer una pobre adherencia al tratamiento farmacológico. En ocasiones, incluso, son los familiares quienes sugieren el abandono del tratamiento, frecuentemente por los gastos que implica la enfermedad (Miklowitz, Simoneau, George, Richards, Kalbag, Sachs-Ericsson & Suddath, 2000).

El rol que juega la familia en el curso de la enfermedad mental, se relaciona entre otros factores, con las emociones expresadas, que pueden tener efectos favorables o desfavorables, por ejemplo: suele surgir la crítica, que es definida como comentarios u observaciones en los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios negativos sobre la conducta o personalidad del paciente. Por otra parte, la sobreprotección que surge hacia el paciente está compuesta por aspectos de consentimiento, autosacrificio, malestar emocional, niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar y en ocasiones hostilidad, que se considera a partir de que el paciente se sienta criticado por lo que es, más que por lo que hace, lo que representa una dificultad para la tolerancia y a comprensión de la situación actual de la persona (Miklowitz & Johnson, 2009).

El impacto que produce en las familias el hecho de que alguno de sus miembros tenga un padecimiento psiquiátrico, representa un estresor mayor, que requiere desarrollar habilidades de afrontamiento y adaptación, que puede implicar un desgaste emocional, cuadros depresivos, fallas en la comunicación intrafamiliar, un incremento en los gastos familiares, deterioro en la economía, violencia doméstica, disolución de relaciones de pareja y disfunción familiar (Rodríguez Moya & Peláez, 2013).

Otra situación que se presenta en las familias de pacientes con trastornos psiquiátricos, son los sentimientos de culpa; estos pueden estar presentes incluso antes de la enfermedad y suelen incrementarse cuando el diagnóstico se ha establecido (Honig, Hofman, Rozendaal & Dingemans, 1997).

Por lo tanto, las respuestas de los miembros de la familia hacia el paciente incluyen un complejo de características que interactúa dinámicamente; de igual forma, se ha observado que las atenciones constantes del familiar hacia el paciente pueden repercutir en la salud física y mental del resto de los integrantes de la familia. La presencia de estos síntomas se asemeja a las características reportadas en la literatura de los cuidadores primarios informales las cuales se describen a continuación.

## 2.2. CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

Un cuidador primario es aquel que asume la máxima responsabilidad de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo, de forma permanente o temporal, sea

en su propio domicilio o fuera de él. Pueden encontrarse dos tipos de cuidadores primarios:

a) Los cuidadores primarios formales, quienes reciben una compensación económica por sus servicios, y otorgan atención al paciente en instituciones como residencias, hospitales o a domicilio bajo horarios establecidos (Carretero, Garcés & Rodenas, 2006).

b) Los cuidadores primarios informales, no son remunerados por el trabajo que ejercen y sus jornadas carecen de límites claros. Generalmente este servicio es brindado por familiares, amigos o conocidos del paciente. Este conjunto difuso de redes, suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado de forma continua, mediante un compromiso de cierta permanencia o duración. Esta definición integra el carácter temporal de los cuidados, la implicación afectiva que se da entre el dependiente, el cuidador y el volumen de la red que proporcionan las atenciones (Carretero, Garcés & Rodenas, 2006; Ruiz- Roberillo & Moya-Albiol, 2012).

La figura del cuidador primario informal es importante, ya que de él depende que el paciente se mantenga en las mejores condiciones posibles, además se considera un sustituto del servicio formal, cuando es difícil acceder a él (Rivera, Casal Casal & Currais, 2009).

### 2.1.1 FUNCIONES DE LA PERSONA QUE PRESTA CUIDADOS

La frecuencia y porcentaje de los cuidados que más prestan los familiares, según el estudio de Roca, Úbeda, Fuentelsaz, López, Pont, García y Pedreny (2000) son:



hacerle compañía (98%); comprar y cocinar alimentos (95%); toma de decisiones por el paciente (88%); proporcionar entretenimiento (84%), administrar sus recursos materiales (84%); ayudar con la higiene (82%); escuchar sus inquietudes (81%); vigilar que no se accidente (67%); supervisar y administrar medicamentos (62%). Es importante considerar que cuanto mayor es el nivel de dependencia de la persona cuidada, más cuidados realiza la persona que cuida. A esto se suma que los cuidadores deben cumplir, además, otras funciones que corresponden a su vida cotidiana (Palacios-Espinosa & Jiménez-Solanilla, 2008).

De acuerdo a Pulido (2010) los cuidados se pueden distinguir de dos formas: aspectos materiales y afectivos, los cuales, pueden ser proporcionados por la familia dentro o fuera del hogar:

1) El aspecto material de los cuidados, es el más fácil de analizar y planificar, por la objetividad y simplicidad del concepto. Se mueve en el campo de la acción, es la versión práctica de las tareas; organizar la comida, dar de comer, vestir, organizar actividades ocupacionales o de ocio y tiempo libre.

2) Los aspectos afectivos son visualmente más difíciles, se centran en el aspecto cognitivo de preocupación y cariño con el que se realiza la acción: el cuidado como sentimiento. El cuidado es sobre todo una labor que depende de lo relacional, requiere atención y preocupación por la persona cuidada, siendo este un concepto decisivo en la atención formal del paciente

## 2.1.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS CUIDADORES

El perfil sociodemográfico de los cuidadores informales se centra en el papel de la

familia como principal proveedora de cuidados. Este papel lo asumen principalmente esposas e hijas, siendo las mujeres quienes representan el 62% de los cuidadores, no activas laboralmente, con un nivel educativo y socioeconómico bajo, que suministran cuidados con frecuencia y periodicidad intensa (Carretero, Garcés & Rodenas, 2006).

En la interacción entre el cuidador y el paciente, prevalece la relación de tipo familiar, sobre todo la de cónyuges y la de padres-hijos (Albuquerque, Cintra & Bandeira, 2010), con especial significación de las mujeres (Palomo, 2008). En cambio los vecinos y amigos, tienen una escasa colaboración en el cuidado de la persona (Rivera, Rivera & Zurdo, 1999).

En el análisis de Losada, Knigut & Márquez (2003) encontraron algunas variables socioculturales que podrían afectar al individuo y que lo condicionan a ser un cuidador: los fuertes sentimientos de lealtad, reciprocidad y solidaridad con la familia, el papel que cada uno de sus miembros desempeña, la confianza en la gente conocida, la pertenencia a una clase social y la interiorización de la estructura social jerárquica en donde la mujer ocupa el lugar de cuidadora.

## 2.2 CONSECUENCIAS EN EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

### 2.2.1 ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y AFECTIVAS

La presencia de los trastornos psiquiátricos afecta un amplio rango de dimensiones de la vida del familiar: las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal, el tiempo libre, la economía, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad

(Martínez, Nadal, Beperet & Mendióroz, 2000), ya que requiere que los familiares antepongan las necesidades de ellos a las suyas.

Las áreas afectadas se agrupan en dos grandes dimensiones: carga objetiva y carga subjetiva (Martínez, et al. 2000): 1) La carga objetiva se define como cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador, causada por el trastorno del paciente. Se origina en las labores de supervisión y estimulación de la persona que recibe los cuidados. La supervisión hace referencia a los esfuerzos de los familiares por asegurar que el paciente tome medicamentos, duerma y no presente alteraciones de conducta. La estimulación incluye todo lo relacionado con hacer que se ocupe del propio autocuidado, alimentación y actividades de la vida diaria y, en muchos casos, la suplencia del paciente en estos aspectos, ante la imposibilidad de que él mismo las realice.

2) La carga subjetiva hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva originada en las tareas propias del cuidador y en el hecho mismo de que un familiar sufra una enfermedad con estas características. La carga subjetiva se relaciona con la tensión propia del ambiente que rodea las relaciones interpersonales entre el paciente y sus familiares o las preocupaciones generales por la salud, tratamiento y el futuro del propio paciente.

La gravedad de la carga se ha relacionado con características del paciente, la intensidad de los síntomas, el grado de discapacidad asociado a la enfermedad, la edad, el sexo, la duración del padecimiento, el número de hospitalizaciones, los vínculos afectivos entre el individuo y el cuidador, las características personales,

los rasgos y la dinámica de la familia. También influyen en la carga familiar, factores como la disponibilidad de redes de soporte social, las leyes socio sanitarias, las políticas de empleo y la estructura de los servicios de salud mental (Bernejo & Mercedes, 2005).

Por lo anterior, estos factores también están relacionados con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estímulos estresores a los que el cuidador está expuesto y además desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a situaciones tales como: actividades diarias que exigen una dependencia parcial del paciente hacia su cuidador, cambios conductuales del paciente, altos costos económicos, o bien, limitación de actividades propias que generen satisfacción personal (Zambrano & Ceballos, 2007).

#### 2.2.1.2 ESTRÉS PSICOLÓGICO

Se puede considerar al estrés como el proceso que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación o acontecimiento como amenazante o desbordante de sus recursos. A menudo, los hechos que lo ponen en marcha son los que están relacionados con cambios, exigen del individuo un sobreesfuerzo y por tanto ponen en peligro su bienestar personal. En este sentido, el estrés es visto para el cuerpo como un cambio (Nowak, 2002).

La prestación de cuidado a alguna persona dependiente genera una fuente de estrés crónico, que puede llevar a consecuencias severas para la salud del cuidador (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004). Los altos

niveles de estrés se caracterizan por actitudes y sentimientos negativos hacia el paciente; desmotivación; depresión-angustia; trastornos psicosomáticos; fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo; irritabilidad; despersonalización y deshumanización; comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales; y agobio continuado con sentimientos de ser desbordado por la situación (Palacios-Espinosa & Jiménez-Solanilla, 2008).

El hecho de calificar a una patología como crónica o incapacitante está relacionada implícitamente con un tiempo indefinido, en el que el familiar implicado debe afrontar diariamente nuevas demandas sociales, físicas y psicológicas que requieren el uso de recursos para poder hacer frente a las mismas lo cual incrementa notablemente los niveles de estrés.

Desde este punto de vista existe un modelo de estrés ampliamente utilizado en el estudio del cuidado informal y sus consecuencias sobre la salud, denominado “Modelo Transaccional del Estrés” conceptualizado por Lazarus y Folkman (1984).

Este modelo asume que ante determinados estímulos percibidos como una demanda por parte de la persona, se ponen en marcha una serie de valoraciones que determinan si el estímulo representa una amenaza, es irrelevante o bien es benigno para su bienestar (evaluación primaria). Por otro lado, si la respuesta implica una amenaza, la persona valora los recursos de los que dispone para afrontar dicha demanda (evaluación secundaria). Si esta valoración resulta negativa y el individuo percibe que no dispone de los recursos de afrontamiento necesarios para enfrentar la demanda, entonces surge una situación de estrés.

Por tanto, se adopta un papel principal en todos aquellos recursos de afrontamiento de los que una persona dispone, en el cual la percepción que el cuidador tiene de ese estímulo estresante es esencial, ya que ésta será diferente en función de que el familiar tenga o no los recursos suficientes para afrontarlos. De acuerdo con este modelo, lo verdaderamente importante del proceso se fundamenta en los factores subjetivos que se ven inmersos en la experiencia del cuidado, principalmente en las evaluaciones que realiza el cuidador con respecto a las demandas percibidas.

Los agentes estresores pueden dividirse en dos tipos, los primarios y los secundarios. Los primarios, son todos aquellos estresores que están directamente relacionados al cuidado (funcionalidad del paciente) junto a los estresores subjetivos (sobrecarga). Los secundarios son todos aquellos estresores que están relacionados más bien con áreas de la vida cotidiana diferentes al cuidado como tal, pero generados o agravados por los estresores primarios. A su vez, los estresores secundarios se clasifican en dos tipos: a) el rol que se refiere a las consecuencias negativas que tiene el cuidador por atender a una persona dependiente en áreas de su vida como la familiar, laboral o social; b) los estresores intrapsíquicos, que hacen referencia a la pérdida de autoestima, la falta de control y la autoeficacia sobre la situación del cuidado. Estos estresores se pueden considerar como el resultado de una proliferación del estrés, donde el acto de cuidar afecta a otras áreas de la vida del familiar aumentando la percepción del estrés y repercutiendo negativamente en la salud (Ruiz-Roberillo & Moya-Albiol, 2012).

### 2.2.1.3 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Existe una amplia investigación referente a las estrategias de afrontamiento que suelen utilizar los cuidadores y las repercusiones que tienen en la salud física o mental. A pesar de que pueden existir diferencias en función de la patología de la persona cuidada, aquellos cuidadores que utilizan frecuentemente estrategias centradas en el problema, muestran mayor bienestar que los que utilizan estrategias centradas en la emoción (Badia, 2002; Coletto & Cameras, 2009; Gerson, Wong, Davidson, Malaspina, McGlashan & Corcoran, 2011; Van Andel, Westerhuis, Zijlmans, Fischer & Leijten, 2011). No debe dejarse de lado que la funcionalidad de cada estrategia de afrontamiento depende de diversos factores específicos a cada patología y situación de cuidado, por esto, aunque exista una relación general entre cierto tipo de estrategias y la salud, se deben tener en cuenta otros aspectos que podrían estar influyendo en esta relación (Savage & Bailen, 2004).

Además de las estrategias de afrontamiento, otras de las variables más analizadas en la literatura como medidoras entre la respuesta de estrés y la salud del familiar ha sido el apoyo social. Aunque en algunas ocasiones el apoyo social ha mostrado tener un efecto positivo para el estrés percibido por los cuidadores no se ha evidenciado lo suficiente el efecto relevante de esta variable a la hora de aminorar las consecuencias del cuidado sobre la salud de la persona (Moya-Albiol, 2012).

De esta forma, estar sometido durante un largo período de tiempo a estos estresores puede llevar a la aparición de síntomas de depresión y ansiedad, falta

de control de la ira y probablemente una serie de trastornos a nivel físico y psicológico que afectan directamente a la calidad de vida del cuidador.

### 2.2.1. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Los efectos sobre la salud mental aparecen con mayor frecuencia e intensidad que las enfermedades físicas. Los trastornos depresivos, la ansiedad, la ira y la hostilidad aparecen de forma repetida como efectos mentales y emocionales colaterales del cuidado. Se ha constatado que los cuidadores tienen un mayor riesgo de experimentar malestar psicológico y muestran tasas elevadas de síntomas de ansiedad y depresión comparadas con la población general. Aunque los factores emocionales y físicos del paciente atendido predicen el malestar emocional del cuidador, la carga percibida es el determinante más importante para la aparición de síntomas de trastornos del estado de ánimo (Zambrano & Ceballos, 2007).

Por lo cual, no es raro que los cuidadores sean víctimas de una depresión leve o incluso grave como resultado de las exigencias permanentes de cuidar a un ser querido. Al esforzarse por proporcionarle el mejor cuidado posible a un familiar, los cuidadores muchas veces terminan anteponiendo sus propias necesidades físicas y emocionales. Además las vivencias emocionales y físicas del cuidado pueden llevar a una situación límite y como consecuencia de ello, sentimientos de ira, ansiedad, tristeza, aislamiento, agotamiento y la sensación de culpa al no poder controlar estas situaciones.



Las mujeres son frecuentemente las cuidadoras, por ello se reportan más casos de depresión en ellas que en los hombres (encuesta del National Institute of Mental Health, 2001) Los cuidadores varones enfrentan de otras formas la depresión, pues es menos probable que admitan que padecen estos síntomas y a su vez que los médicos diagnostiquen depresión en estos casos. Es muy frecuente que busquen espontáneamente un alivio a los síntomas depresivos de ira, desolación o irritabilidad mediante el consumo de alcohol o la sobrecarga de trabajo, y aunque los cuidadores varones suelen estar más dispuestos que las mujeres a contratar empleados externos para ayudar en las tareas del cuidado o el hogar, suelen tener menos amistades en quienes buscar apoyo y menos actividades positivas fuera del hogar. La creencia de que los síntomas depresivos son un símbolo de debilidad también dificulta que los hombres busquen ayuda.

En un estudio realizado por Domínguez, Ruíz, Gómez, Gallego, Valero e Izquierdo (2012) con cuidadores informales, se observó que en una muestra de 294 participantes 254 presentaban ansiedad, medida mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton, y de esa misma muestra, 191 cuidadores informales presentaban síntomas de depresión según la Escala de Depresión de Hamilton. La aparición de síntomas tanto de ansiedad como de depresión se relacionaron con las siguientes condiciones: ser un cuidador no remunerado, tener parentesco con un familiar enfermo, tener un apoyo social bajo, consumir psicofármacos y contar con un diagnóstico previo de ansiedad y depresión.

### 2.3.5 REPERCUSIONES EN LA SALUD

Cuanto mayor es el nivel de dependencia de la persona cuidada más deberes realiza la persona que cuida y mayores son las repercusiones físicas y emocionales como: dolor de espalda; menor tiempo libre; cansancio; irritabilidad; despertar a menudo durante las noches; necesidad para adquirir conocimientos para cuidar; sentimientos de impotencia; afectaciones en el sueño; alteración en la vida familiar; pérdida o aumento de peso; ingesta de analgésicos; dedicar menos tiempo al cuidado personal (Roca, Úbeda, Fuentesalz, López, Pont, García & Pedreny, 2000). Además estos familiares evidencian deterioros en su salud física cuando se cuida a personas con alteraciones en la salud mental y enfermedades neurodegenerativas pues se asocia con tener menos hábitos saludables y más problemas de salud física (Úbeda & Roca, 2008).

En un estudio realizado por Serrano, Ortega, Matoses & Magraner, (2003) reportaron que a partir de 215 casos estudiados, los factores relacionados con la ansiedad, la depresión y el índice de esfuerzo en cuidadores (que se refiere al grado de sobreesfuerzo de las personas cuidadoras de personas dependientes) son que cuanto mayor es la dependencia física o el deterioro mental del paciente, menor el apoyo social y mayor el tiempo cuidando de este. Asimismo, presentan más riesgo de presentar ansiedad y depresión a mayor índice de esfuerzo y más ansiedad e índice de esfuerzo a mayor disfunción familiar. Por otra parte, el hecho de no tener un trabajo remunerado se relaciona con mayor depresión y esfuerzo; padecer una enfermedad crónica se relaciona con la presencia de depresión y no disponer de ayuda en el cuidado, se asocia con la presencia de ansiedad.

Se calcula, que la persona que cuida permanece los siete días de la semana con un promedio de 16 horas diarias, lo cual tiene implicaciones económicas, sociales y de salud. Referente al impacto en la economía de estas familias, esto se vuelve significativo pues gran parte de los recursos de los que dispone la familia se destina al cuidado o bien, ellos se ven orillados a suspender las actividades profesionales y laborales. Los cuidadores representan un recurso valioso; sin embargo, también, un recurso muy vulnerable, ya que el cuidado implica importantes costos materiales, económicos, sociales repercutiendo en la salud física y mental de la persona que cuida (Zambrano & Ceballos, 2007).

## CAPÍTULO III

### ESTRUTURA Y OBJETIVOS DE LAS INTERVENCIONES PARA FAMILIARES QUE PRESTAN CUIDADOS

#### 3.1 TIPOS DE INTERVENCIONES PARA FAMILIARES QUE CUIDAN

Desde la aparición de los primeros trabajos sobre intervenciones realizadas con familiares que prestan cuidados a finales de los años 70's y hasta hoy, se han desarrollado diferentes tipos de intervenciones dirigidas principalmente a reducir el malestar de los cuidadores. El enfoque usualmente utilizado en el estudio de cuidadores y sus consecuencias se sitúa dentro del marco del estrés, desde los modelos relacionales o transaccionales, definiéndolo como el resultado de una interacción entre las personas y el ambiente o contexto en el que se sitúan (Losada-Baltar, Montorio- Cerrato, Fernández de Trocóniz & Márquez González, 2006).

De acuerdo con el modelo de estrés adaptado al cuidado, para entender el malestar psicológico y físico de los familiares, hay que considerar el estrés como un proceso en el que intervienen los factores contextuales (sociodemográficos, personales y culturales), los estresores (ya sea el deterioro de la persona cuidada, comportamientos problemáticos, entre otros) y los recursos de la persona que brinda los cuidados (valoración de los estresores y estrategias de tratamiento) para producir la aparición de consecuencias del cuidado más o menos negativas.

Las intervenciones se han dirigido en su mayoría a minimizar las consecuencias negativas del estrés, mediante estrategias destinadas a optimizar

los recursos de los cuidadores, por ejemplo, el entrenamiento en habilidades de solución de problemas.

Existen diferentes tipos de intervenciones con las que se pretende reducir el malestar de los cuidadores, entre ellas, se encuentran las intervenciones de respiro, los grupos de autoayuda, psicoeducativos y psicoterapéuticos, los cuales se describen a continuación:

*-Intervenciones de respiro:* son programas que atienden al familiar enfermo, facilitando que el cuidador disponga de tiempo libre para él, por ejemplo, los Centros de día, los que implican que la persona dependiente acuda a un centro supervisado y estructurado durante el día, en el que se le proporciona asistencia social y sanitaria, mientras que el cuidador tiene tiempo libre para realizar otras actividades. También existen los centros llamados Respiro Residencial o nocturno, en estos se ingresa a una persona dependiente en una residencia durante las 24 horas del día, por un periodo que puede oscilar desde un día completo hasta varias semanas, en función de las necesidades del cuidador principal. Hay otro apoyo llamado Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), el cual consiste en recibir asistencia periódica para cuidar a la persona dependiente durante un periodo determinado, mientras el cuidador principal se dedica a otras tareas (Whittier, Coon & Aaker, 2002).

*-Grupos de autoayuda:* son grupos en los que unos cuidadores proporcionan consejos y ayuda a otros familiares que cuidan, son procesos que surgen en múltiples circunstancias, por las necesidades sociales y subjetivas que

distintas personas intentan afrontar. El grupo de autoayuda suele considerarse importante, por brindar un espacio social y de apoyo, la noción de que todos los participantes tienen el mismo problema crea un sentimiento de aceptación y valoración por los otros, lo cual puede traer a los participantes motivación para continuar en el grupo (Montaño, 2013).

*-Grupos psicoterapéuticos:* es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de personas. Es un tratamiento terapéutico utilizado para incrementar la salud mental y mejorar la vida de los participantes. Tiene como objetivo dotar a los miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para generar un cambio, aumentar la autonomía y crecimiento personal (López & Crespo, 2007). Se diferencian de los psicoeducativos porque presentan una especial atención al desarrollo y mantenimiento de una relación terapéutica con los participantes.

*-Programas psicoeducativos:* son intervenciones diseñadas de forma general para mejorar o incrementar las habilidades de un familiar que cuida, para manejar las situaciones de cuidado (Losada, Márquez-González, Peñacoba, Gallagher-Thompson & Knigh, 2007). Los objetivos generales de estos, son disminuir la carga, el estrés y el malestar que pueden experimentar los cuidadores. Por otro lado, se busca mejorar la calidad de los cuidados que reciben dichas personas (Montorio, Díaz e Itzal, 1995). Estos programas emplean una amplia gama de procedimientos, estrategias y formatos de información: ayuda mutua, entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales como la solución de problemas,

manejo del estrés, ansiedad, etcétera. En general, la información se basa en el aprendizaje de habilidades y apoyo emocional.

Asimismo, existe información que menciona que las intervenciones de tipo psicoterapéutico y psicoeducativo presentan un alto grado de eficacia, especialmente las basadas en el modelo de estrés y afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984) o en los modelos cognitivos y/o conductuales (Beck, 2008), de las que existen adaptaciones al cuidado (Haley, Levine, Brown & Bartolucci, 1987; Knight, Silverstein, McCallum & Fox, 2000; Losada, Montorio, Knight, Márquez & Izal, 2006), las que permiten obtener mayores beneficios principalmente cuando hay una participación activa por parte de los cuidadores en las mismas. Son este tipo de intervenciones, junto con las multicomponente, las que han pasado de ser clasificadas, de probablemente eficaces a intervenciones empíricamente validadas según los criterios de la División de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología (Chambless, Sanderson, Shoham, Bennett Johnson, Pope, Crits-Christoph, Baker, Johnson, Woody, Sue, Beutler, Williams & McCurry, 1996).

Algunos de los acercamientos que se han tenido para atender las necesidades de familiares que cuidan a personas diagnosticadas con algún trastorno psiquiátrico como el Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Demencia, Trastorno límite de la Personalidad así como Ansiedad y Depresión, han sido mediante intervenciones psicoeducativas, demostrando su eficacia y pertinencia.

En cuanto a las intervenciones psicoeducativas realizadas a familiares con pacientes con demencia, de los cuales se ha reportado más en la literatura, los

principales objetivos se han enfocado en la psicoeducación respecto a la enfermedad y consecuencias asociadas a esta, proporcionar herramientas y entrenamiento en habilidades de afrontamiento del problema y proporcionar información sobre recursos específicos. De estos estudios se extraen las siguientes conclusiones generales: se puede entrenar con éxito a los familiares en habilidades y estrategias dirigidas a reducir la aparición, frecuencia o intensidad de comportamientos problemáticos asociados a la enfermedad (McCurry, Gibbons, Logsdon, Vitiello & Teri, 2003) mediante este tipo de intervenciones se han obtenido beneficios psicológicos para los cuidadores, que han sido evaluados con procedimientos como entrevistas diagnósticas, autoinformes y cambios en la respuesta inmune (Bourgeois, Schulz, Burgio & Beach, 2002; Gallagher-Thompson, Aréan, Coon, Menéndez, Takagi, Haley, Argüelles, Rubert, Lowenstein, y Szapocznik, 2000; Garand, Buckwalter, Lubaroff, Tripp-Reimer, Frantz & Anseley, 2002).

La participación de los cuidadores puede tener efectos positivos para las personas cuidadas, al disminuir la frecuencia e intensidad de comportamientos problemáticos asociados (Hepburn, Lewis, Sherman & Tornatore, 2003).

Por otra parte, en un estudio reportado en el que se realizó una evaluación de familiares de pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar, para la validación de un programa psicoeducativo, se reportó que las necesidades para la planeación de una intervención deberían estar enfocadas en: 1) Brindar información general acerca del padecimiento, etiología, curso, evolución y tratamiento; 2) Identificación de signos de alarma y síntomas tempranos; 3) Hacer



énfasis en la importancia que juega la familia en el curso de la enfermedad, tanto para identificación de síntomas tempranos como para el apoyo económico y el bienestar psicológico de sus integrantes.

Además, un estudio pre-experimental (Regalado, Pchon, Stoewsand, & Gagliese, 2011) empleó una intervención grupal estandarizada para familiares de personas con trastorno Límite de la Personalidad o con severa disregulación emocional y conflicto interpersonal. La intervención incluyó estrategias psicoterapéuticas y psicoeducativas a lo largo de 12 sesiones. Se observó que después de la intervención hubo una disminución de la percepción del grado de sobrecarga, malestar psicológico y síntomas somáticos, mostrando efectividad en este tipo de intervenciones para dicha población

En cuanto al trabajo con familiares de pacientes esquizofrénicos, un estudio reportado por Leal, Sales, Ibáñez, Giner, & Leal (2008) empleó un programa psicoeducativo donde se evaluó la sobrecarga de los familiares; el programa se llevó a cabo en tres fases: una educativa, en donde se daba información acerca del padecimiento, síntomas y tratamientos de la enfermedad; la segunda sobre jerarquización de problemas, déficit de necesidades y; la tercera fase, práctica en la vida cotidiana de las habilidades aprendidas. Al término del programa los resultados mostraron que la aplicación de dicha intervención se asoció con una menor percepción de síntomas de sobrecarga.

En México, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, desarrolló la Guía psicoeducativa para personal de la salud que atiende a

familiares y personas con trastornos mentales (Rascón, Hernández, Casanova, Alcántara & Sampedros, 2011), tiene como objetivo capacitar al personal médico en la impartición de un curso psicoeducativo, consta de 9 módulos que incluyen psicoeducación de las enfermedades mentales (ansiedad, depresión trastornos alimenticios, esquizofrenia, de personalidad, de la demencia y problemas relacionales), información sobre el tratamiento médico de las enfermedades mentales, el cuidado del paciente y del familiar cuidador, prevención de recaídas y apoyo en crisis, creencias, mitos y discriminación hacia la enfermedad mental. Sin embargo, entre las limitantes de este programa se encuentra que no hay una evaluación de los procedimientos, de igual forma, no se brindan estrategias que estén encaminadas al autocuidado, afrontamiento, disminución de síntomas de estrés, ansiedad o depresión de los familiares que proporcionan cuidados a personas con trastornos psiquiátricos.

### 3.2 INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS

En relación a los beneficios que han mostrado las intervenciones psicoeducativas en familiares de pacientes con algún trastorno psiquiátrico y considerando los intereses de este estudio, a continuación se presentan las características de los Programas Psicoeducativos para familiares de pacientes con trastornos psiquiátricos.

Las intervenciones psicoeducativas están dirigidas por uno o varios profesionales, generalmente psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros o médicos. Están limitadas en tiempo, cerradas a otros participantes una vez que

han iniciado y tienen una estructura definida. Estas intervenciones se realizan generalmente en grupo, aunque pueden complementarse con sesiones o consultas individuales.

El formato de intervención grupal, proporciona a los participantes la oportunidad de aprender nuevas formas de actuar: 1) mediante la práctica de las estrategias y técnicas planteadas por los especialistas y 2) a partir de las sugerencias proporcionadas por otros participantes, que basadas en su experiencia previa, son en ocasiones fuentes de ayuda importantes para los cuidadores (Morano & Bravo, 2002). Es preferible, que estos grupos estén conformados por un número limitado de cuidadores, generalmente entre cuatro y ocho participantes.

El objetivo fundamental de este tipo de grupos es reducir el nivel de malestar (depresión, estrés, carga del cuidador) de los participantes mediante el aprendizaje de habilidades o estrategias de autocuidado y cuidado a su familiar. Se pretende que los miembros del grupo aprendan habilidades instrumentales y emocionales que les permitan un mejor afrontamiento de las situaciones relacionadas con el cuidado, además de posibilitar un espacio de intercambio de apoyo emocional entre los propios integrantes (Izal & Montorio, 2006).

El papel de los profesionales consiste en animar a los familiares a explorar las opciones que tienen y ayudarles a tomar sus propias decisiones, más que imponer una única solución (Zarit, 1990).

### 3.2.1 COMPONENTES Y ESTRATEGIAS DE LAS INTERVENCIONES

#### PSICOEDUCATIVAS

El contenido de los programas psicoeducativos varía en función de los objetivos de la intervención. Generalmente, suelen incluir un módulo de educación sobre las enfermedades que padecen los familiares de las personas que acuden a grupos, siendo el objetivo fundamental de este módulo proporcionar a los familiares un conocimiento teórico suficiente que les permita entender la relación entre enfermedad, dependencia y comportamiento, así podrían conocer cómo la enfermedad influye en el surgimiento de problemas de comportamiento, de la capacidad comunicativa del familiar en relación del cuidador entre otros síntomas. La información sobre estos temas, ayuda a entender las situaciones difíciles en las que se encuentran, facilitando la comprensión de que algunos comportamientos se deben a efectos de la enfermedad y que, no son atribuibles a factores personales.

Una parte esencial de los programas psicoeducativos es el empleo de técnicas centradas en las necesidades propias de los familiares, que les permitan tener un mejor autocuidado. Así, por ejemplo, se podrían incluir módulos sobre las emociones de los cuidadores o familiares, dirigidos a aliviar los sentimientos negativos que habitualmente presentan, mediante el aprendizaje de habilidades en solución de problemas, o el entrenamiento en la realización de actividades agradables (Gallagher- Thompson, Lovette, Rose, Mckibbin, Coon, Futterman & Thompson, 2000), así como el entrenamiento en técnicas de relajación y de asertividad (Gallagher- Thompson & Devries, 1994).

### 3.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

En algunas ocasiones, los grupos de intervención pueden llegar a incluir un número excesivo de contenidos, por lo que el tiempo límite recomendado por algunos autores oscila entre siete y diez sesiones; en cuanto a la duración, se recomienda que sean de al menos dos horas (Gallage Thompsom, et al. 2000). Asimismo, el intervalo entre sesiones es generalmente semanal, lo que permite tener un espacio de tiempo para practicar las estrategias aprendidas durante la intervención, convirtiéndose en un medio mediante el cual, se corrigen y perfeccionan las estrategias (Baltar, 2006). Cabe mencionar que una intervención demasiado larga, (entre 16 y 20 semanas) no puede tener los efectos esperados, debido principalmente a la incapacidad o rechazo a participar durante mucho tiempo (Gallage Thompsom, et al. 2000).

Zarit (1990) menciona que las intervenciones psicosociales pueden no presentar resultados eficaces debido a problemas metodológicos, por lo que recomienda tomar en cuenta las siguientes consideraciones para las intervenciones en la investigación:

1. Es necesario especificar los objetivos y las variables a evaluar en relación a la sobre la carga del cuidador. Para la planificación de la evaluación:
  - a) Se deben identificar las múltiples dimensiones de la carga del cuidador.
  - b) Especificar a qué tipo de problemas se va a dirigir la intervención.
- 3) Determinar el tipo de evaluación o medida.

2. Es necesario comprobar si la intervención propuesta se implementa de forma adecuada.
3. Determinar si las razones por las que el familiar participa en la intervención son acordes a los objetivos del programa, con el fin de evitar la disparidad entre los objetivos de la intervención y las expectativas de los participantes.
4. Los grupos de cuidadores son heterogéneos lo que puede afectar la respuesta del tratamiento, en general, los cuidadores se diferencian en edad, en el vínculo familiar, si comparte o no la misma vivienda, si el receptor de cuidados vive en la comunidad o no, el nivel socioeconómico, la gravedad de la salud del paciente y la salud del cuidador.

A pesar de lo señalado en los párrafos anteriores, son todavía muchos los tópicos a considerar acerca del diseño, implementación y evaluación de la calidad de las intervenciones dirigidas a las personas que brindan cuidados y atención a quienes padecen algún padecimiento psiquiátrico. Tener un marco de referencia acerca del uso de las intervenciones facilitará a otros profesionales el análisis de cuáles son los elementos que influyen sobre el malestar de los familiares así como la generalización de resultados de la intervención a otros contextos y servicios de calidad que se brinden a familiares cuidadores.

Como se ha mencionado, brindar cuidados a una persona puede implicar afectaciones en múltiples áreas de la vida de los familiares y aún es importante investigar qué intervenciones son eficaces para cada una de las posibles áreas afectadas. A pesar de la falta de evidencia empírica que permita obtener conclusiones definitivas en este sentido, cabe pensar, que aquellas personas que

no demuestren signos de malestar emocional o incluso depresión, pueden no beneficiarse con intervenciones dirigidas directamente a reducir estos síntomas, sin embargo, se beneficiarían más de una intervención de carácter principalmente preventivo. De igual forma, podría ser una actuación inadecuada recomendar en primer lugar recursos de respiro a un cuidador que presente rechazo a aceptar la participación de terceras personas en el cuidado de su familiar. En este último caso, el tipo de perfil de los cuidadores podría beneficiarse más de asistir a un programa psicoeducativo que facilite la flexibilización de sus criterios y la ayuda de otros.

## MÉTODO

### JUSTIFICACIÓN

El apoyo psicológico a familiares debe brindar estrategias integrales que favorezcan la adaptación del paciente y de su familiar durante el proceso de la enfermedad y posterior a esta. La labor del psicólogo clínico con los familiares que prestan algún tipo de cuidado o atención, es incrementar su calidad de vida que repercutirá de forma directa e indirecta en la adherencia y apoyo al tratamiento de su familiar.

Debido a que el sistema familiar, funciona como fuente primaria de apoyo para un paciente; los padres, hermanos y familiares cercanos que dan apoyo, sufren cambios importantes en sus relaciones interpersonales, en sus actividades cotidianas e incluso en su salud física y mental. Considerando las repercusiones que hay en el estilo de vida de los familiares, es necesario que cuenten con habilidades que les permitan adaptarse exitosamente durante el proceso de la enfermedad.

Por lo tanto, la meta específica de un programa psicoeducativo es brindar estrategias que en su conjunto permitan que el familiar logre adaptarse a su situación actual, considerando las necesidades reales de atención psicológica que la población manifiesta. Existe evidencia de que las intervenciones psicosociales o psicoeducativas demuestran efectividad en incrementar las habilidades del cuidador para manejar las situaciones de cuidado o atención al paciente, disminuir la carga, el estrés y el malestar que manifiestan los cuidadores. Las intervenciones grupales o de ayuda mutua son programas que emplean una amplia gama de



procedimientos, estrategias y entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales como solución de problemas, manejo de estrés, entre otras, que en general se fundamentan en el aprendizaje de habilidades, apoyo emocional y brindar información (Brodaty, 1992; Carretero, Garcés, Ródenas & Sanjosé, 2009; Gallagher-Thompson, Coon, Solano, Ambler, Rabinowitz & Thompson, 2003; Leal, Ibáñez, Giner, & Leal, 2008; Salanova & Lezaun, 1997; Toseland y Rossiter, 1989; Sánchez-Pascual, Mouronte-Liz & Olazarán-Rodríguez, 2001; Zarit, 1990).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la prevalencia de los trastornos mentales en todo el mundo es cada vez más frecuente. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones, es decir, casi un 10% de la población mundial está afectada (OMS, 2013). Por lo anterior se han considerado las intervenciones de índole psicológica como un medio para hacer frente a esta problemática, las cuales en su mayoría, se han centrado en el trabajo individual con los pacientes. Considerando las características de estos padecimientos, se han observado alteraciones significativas en el estilo y calidad de vida de las personas cercanas de quienes padecen algún trastorno psiquiátrico, los cuales generalmente, son familiares directos, quienes conviven y tienen la responsabilidad de proveer recursos físicos y emocionales (Anderson, Reiss, & Hogarty, 1986; Domínguez, Ruíz, Gómez, Gallego, Valero & Izquierdo, 2012; Fresan, Apiquian, Ulloa, Loyzaga, García & Gutiérrez, 2001; Rascón, Hernández, Casanova, Alcántara & Sampedros, 2011; Leal, Ibáñez, Giner, & Leal, 2008; Regalado, Pchon, Stoewsand, & Gagliese,

2011; Roca, Ubeda, Fuentelsaz, López, Pont, García, & Pedreny, 2000; Serrano, Ortega, Matoses & Magraner, 2003; Zambrano & Ceballos, 2007).

El brindar atenciones y cuidados de forma constante implica no sólo una inversión de tiempo, también puede involucrar un deterioro en la salud física, emocional y mental por el hecho de acompañar y hacerse responsable de las necesidades, de cualquier índole, de una persona que tiene un padecimiento psiquiátrico.

Las alteraciones en los familiares, se han reportado principalmente en estudios que evaluaron o realizaron intervenciones con personas que brindan atenciones y cuidados a pacientes con padecimientos que implican un alto grado de dependencia como demencias, enfermedades crónicas degenerativas, esquizofrenia y personas con alguna discapacidad mental o física.

En cuanto a los familiares de pacientes con padecimientos de ansiedad o depresión, no se han reportado intervenciones psicológicas encaminadas a atender las consecuencias negativas para la salud física y emocional que conlleva asumir el rol de cuidar a una persona con estos padecimientos. Por lo tanto, los alcances de una intervención psicológica que pueda incluir a los familiares del paciente que padece algún trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, puede brindar bienestar físico y psicológico tanto a los pacientes como a los cuidadores dado que se brindan habilidades cognitivas y conductuales que favorezcan una mejor calidad de vida de ambos durante la intervención y posterior a esta.

## PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué características sociodemográficas y necesidades de atención psicológica presentan los familiares de pacientes con ansiedad y depresión?

¿El Programa psicoeducativo Cognitivo-Conductual para familiares de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión puede ayudar al bienestar emocional de los participantes?

## OBJETIVOS

### Objetivo General

Desarrollar un programa psicoeducativo de intervención Cognitivo-Conductual para familiares de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que permita visibilizar las necesidades psicológicas e incrementar el bienestar emocional de esta población.

### Objetivos Específicos

-Evaluar a un grupo de familiares de pacientes con ansiedad y depresión para describir las características sociodemográficas y necesidades de atención psicológica, mediante entrevistas y la aplicación de instrumentos psicológicos.

-Desarrollar un programa de intervención psicoeducativa que atienda las necesidades psicológicas de familiares de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión.

-Evaluar la eficacia y eficiencia del programa psicoeducativo de intervención Cognitivo-Conductual para familiares de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión.

## HIPÓTESIS

HO= Después de la aplicación del Programa Psicoeducativo Cognitivo Conductual no se evidencian cambios en el bienestar emocional de los familiares de pacientes, medido a partir de los niveles de ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico.

H1= Después de la aplicación del Programa Psicoeducativo Cognitivo Conductual existen cambios favorables en el bienestar emocional de los familiares de pacientes, medido a partir de los niveles de ansiedad, depresión, estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico.

## VARIABLES

### Variables Independientes

Programa psicoeducativo de intervención Cognitivo-Conductual para familiares de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión.

### Variables dependientes

- a) Niveles de ansiedad y depresión evaluados mediante los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.

- b) Estilos de afrontamiento evaluados mediante el Inventario de Estilos de Afrontamiento.
- c) El nivel de estrés percibido, Hábitos de salud, Red de apoyo social, Conducta tipo A, Fuerza cognitiva, Estilo de afrontamiento y Bienestar psicológico evaluados mediante el Perfil de Estrés de Nowack.

## DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño que se utilizó en este estudio es de tipo pre- experimental Pre test – Pos test con un grupo.

**G A<sub>1</sub> B A<sub>2</sub>**

En donde G es un grupo, A es la evaluación pre y pos test (variable dependiente) y B es la intervención (variable independiente).

Este tipo de diseño permite establecer algún tipo de asociación entre las variables implicadas, pero hay un nivel bajo de control experimental. A un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental; después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al tratamiento. Hay un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en las variables dependientes antes del estímulo, es decir, hay un seguimiento del grupo (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

## TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo- explicativo: la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, describiendo tendencias de un grupo o población.

Los estudios explicativos están dirigidos a responder por las causas de los eventos físicos o sociales, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué consiste o por qué se relacionan dos o más variables.

(Hernández, et. Al, 2003)

## PARTICIPANTES

Se invitó mediante difusión a nueve participantes de los cuales 6 eran mujeres y 3 hombres, con un rango de edad de entre 30-60 años de edad  $M=48$  años  $DE= 8.9$  con ayuda de folletos (Apéndice 2) repartidos en el Servicio de Psicofisiología Aplicada del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM) y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

- Ser familiares de pacientes diagnosticados con algún trastorno de ansiedad o depresión de acuerdo al DSM-V y el CIE-10, que acudieron en los últimos tres meses a terapia grupal para el manejo de ansiedad por parte del Servicio de Psicofisiología Aplicada del INPRFM. Se consideró como familiar a cualquier miembro del grupo nuclear, con el que vive el paciente. En el caso de pacientes casados se aceptó la participación de sus cónyuges.

- Al momento de participar en el estudio, debían contar con la mayoría de edad (18 años) y no sobrepasar los 68 años, debido a que las pruebas no son sensibles a rangos de edad fuera de los descritos.
- No contar con algún diagnóstico psiquiátrico de acuerdo con el DSM- V y el CIE- 10
- Tener disponibilidad de tiempo para acudir a todas las sesiones de la intervención.

La mayoría de los familiares tenía estudios de nivel superior (cinco participantes), mientras dos cuentan con estudios de nivel medio superior y dos con estudios de educación básica. En cuanto a su ocupación, cuatro de los participantes realiza una actividad laboral remunerada, mientras cinco no realizan alguna actividad remunerada pero participan en las actividades domésticas. Ocho de ellos residen en la Ciudad de México y sólo uno de los casos habita en el Estado de Morelos. Respecto al estado civil de los participantes, seis de ellos son casados, dos solteros y uno de ellos es divorciado (Ver Tabla 1 para datos sociodemográficos de los participantes).

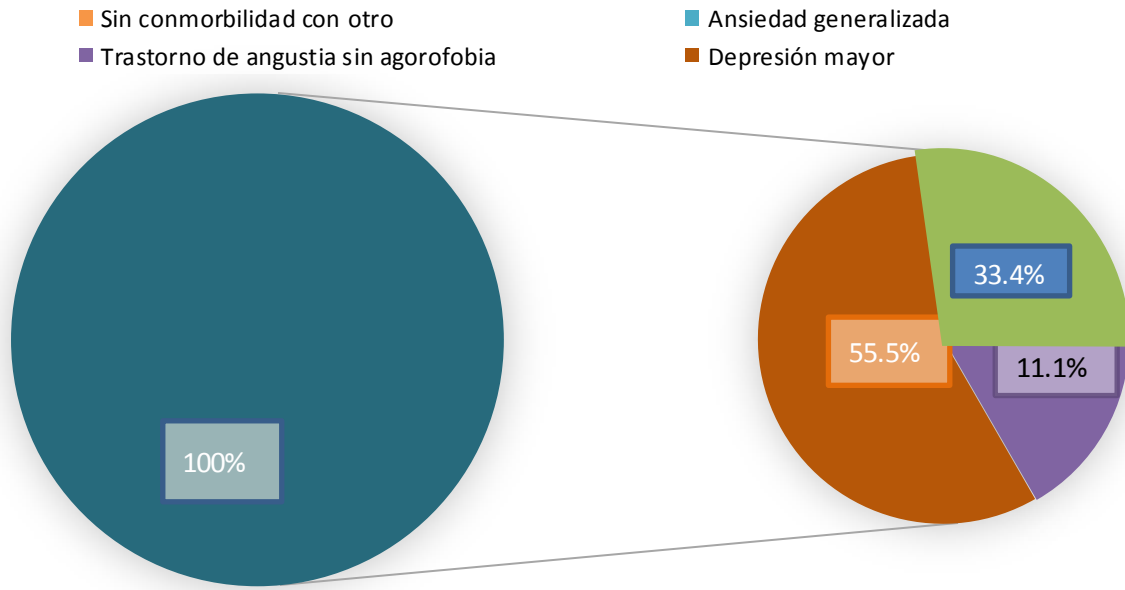
Respecto al diagnóstico de los pacientes que recibieron atención en el Servicio de Psicofisiología Aplicada en el INPRFM y cuyos familiares participaron en el estudio, se encontró que de acuerdo al DSM-V y el CIE-10, los nueve pacientes tienen un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG); específicamente tres tienen como único diagnóstico TAG, cinco más presentan TAG y comorbilidad con Depresión Mayor, y uno con TAG y comorbilidad con Trastorno de Angustia sin Agorafobia (Ver Figura 1).

Tabla 1

*Características sociodemográficas de la muestra*

Familiar	Edad	Sexo	Residencia	Escolaridad	Estado civil	Ocupación	Parentesco	Trastorno del paciente que recibe atención en el Instituto	Horas dedicadas al cuidado
P1	53	M	CDMX	Licenciatura	Casada	Ama de casa	Madre	Trastorno de Ansiedad Generalizada	16 horas
P2	48	M	CDMX	Licenciatura	Casada	Ama de casa	Madre	Depresión Mayor /Trastorno de Ansiedad Generalizada	17 horas
P3	59	M	CDMX	Licenciatura	Casada	Ama de casa	Madre	Trastorno de Ansiedad Generalizada/ Trastorno de angustia sin agorafobia	16 horas
P4	57	M	Cuernavaca, Morelos	Preparatoria	Divorciada	Agente de seguros	Madre	Depresión Mayor/ Trastorno de Ansiedad Generalizada	15 horas
P5	53	H	CDMX	Licenciatura	Casado	Conductor de UBER	Padre	Trastorno de Ansiedad Generalizada	8 horas
P6	42	M	CDMX	Preparatoria	Casada	Ama de casa	Madre	Trastorno de Ansiedad Generalizada/ Depresión Mayor	12 horas
P7	40	H	CDMX	Secundaria	Casada	Papelería	Padre	Trastorno de Ansiedad Generalizada/ Depresión Mayor	12 horas
P8	49	M	CDMX	Secundaria	Soltera	Limpieza de casa	Hermana	Trastorno de Ansiedad Generalizada/ Depresión Mayor	13 horas
P9	31	H	CDMX	Licenciatura	Soltero	Desempleado	Sobrino	Trastorno de Ansiedad Generalizada	8 horas





*Figura 1.* Frecuencia de los trastornos de los pacientes cuyos familiares asistieron al Programa psicoeducativo de intervención Cognitivo-Conductual.

## INSTRUMENTOS

- De acuerdo con las características de la muestra, se elaboró una entrevista semiestructurada (Apéndice 3) para obtener información de los participantes.
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Se utilizó la versión estandarizada en español por Robles, Varela, Jurado y Paz (2001). Es un instrumento de autoreporte que está especialmente diseñado para evaluar los síntomas de ansiedad relativos a los trastornos de angustia y/o pánico y ansiedad generalizada. Ha sido formulado para discriminar entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación. Este instrumento permite que la persona a quien se aplica,

evaluó la intensidad de cada uno de los síntomas descritos en el instrumento, percibidos en la última semana, en una escala que va de 0 = Poco o nada hasta 4= Severamente.

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

Los autores originales son Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbauhg (1961), se utilizó la versión estandarizada en español por Jurado Cárdenas, Méndez Salvatore y Villegas Hernández (1998). El objetivo del inventario es evaluar la intensidad de los síntomas de depresión. Su fundamento teórico es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno se caracteriza por manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo a esta perspectiva teórica, las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos. El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una refleja un grado creciente de intensidad de la depresión. El participante debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva, y 7 a síntomas somáticos y conductuales.

- **Perfil de Estrés Nowak**

El objetivo del perfil es evaluar 15 áreas relacionadas con el estrés y el riesgo para la salud en las personas. Consta de 123 ítems que proporcionan información sobre estilos de vida y conductas relacionadas con la salud que

pueden estar contribuyendo a la presencia de enfermedades y trastornos físicos o psicológicos vinculados con el estrés. Se abordan las siguientes áreas: Estrés, Hábitos de salud (que contiene las subáreas de Ejercicio, Descanso, Alimentación, Prevención y ARC), Red de apoyo social, Conducta tipo A, Fuerza cognitiva, Estilo de afrontamiento (Valoración positiva, Valoración negativa, Concentración en el problema y Minimización de la respuesta) y Bienestar psicológico. Evalúa a personas de 20 a 68 años de edad; aplicación: Individual o colectiva; tiempo de aplicación, 25 minutos aproximadamente (Nowak, 2002).

Descripción de las áreas:

- Estrés: Se define como la experiencia de incomodidades, molestias y frustraciones mayores y menores de la vida cotidiana. Los seis reactivos que constituyen la escala de estrés miden los estresores en diferentes categorías: salud, trabajo, finanzas personales, familia, obligaciones sociales y preocupaciones ambientales y mundiales. Se pide a las personas que digan la frecuencia con la que experimentaron estrés en cada una de estas seis categorías durante los últimos meses.
- Hábitos de salud: Son conductas específicas que, cuando se practican de manera regular, conducen tanto al bienestar físico como psicológico. Se compone de reactivos que describen el comportamiento acostumbrado en cuatro áreas principales, cada una de las cuales constituye una subescala:

- Ejercicio: Los tres reactivos sobre ejercicio en la escala de hábitos de salud miden el nivel y la frecuencia del ejercicio que la persona practica de manera regular para mejorar el tono muscular y el sistema cardiovascular.
- Descanso/sueño: Los cinco reactivos de esta subescala valoran si la persona tiene como práctica general comer de manera balanceada y nutritiva.
- Prevención: Los once reactivos de esta subescala miden la frecuencia con la que el individuo pone en práctica estrategias preventivas de salud e higiene, como evitar a otras personas enfermas, hacerse evaluaciones médicas o tomar sus medicamentos prescritos. Además, exploran el uso de sustancias que están asociadas con una incidencia alta de problemas médicos.
- Red de apoyo social: Proporciona una medición directa del grado en el que la persona siente que hay gente con la que puede contar en todo momento para obtener apoyo emocional, consejo, información, amor incondicional y ayuda, además de qué tan satisfecho se siente con dicho apoyo.
- Conducta tipo A: Mide el rango completo de las respuestas Tipo A expresadas, inclusive la ira internalizada, la ira expresada, premura de tiempo, rapidez laboral, impaciencia, involucramiento en el trabajo, búsqueda de mejoría, conducción ruda de vehículos y conductas competitivas.

- Fuerza cognitiva: se compone de 30 reactivos que exploran las atribuciones, actitudes y creencias que un individuo tiene acerca de la vida y el trabajo.
- Estilos de Afrontamiento: estos reactivos se desarrollaron para valorar cuatro estrategias de afrontamiento que tienen una base conceptual diferente:
- Valoración positiva: los cinco reactivos de esta escala exploran el uso de comentarios de apoyo y motivación autodirigidos para minimizar la percepción de estrés. La gente emplea esta estrategia cuando se concentra en los aspectos positivos de una situación, reduce el impacto de los problemas o frustraciones frecuentes recordando experiencias felices o visualizando una solución positiva para un problema.
- Valoración negativa: Se caracteriza por la autoculpabilidad, crítica o pensamiento catastrófico. Los reactivos de esta escala miden la tendencia a aproximarse a las situaciones desafiantes desde esta perspectiva. Las personas utilizan esta estrategia cuando se concentra en los peores aspectos o consecuencias de una situación, reflexiona sobre las cosas que debieron o no haberse hecho en determinada situación o sobre su resolución insatisfactoria.
- Minimización de la amenaza: Es una forma de afrontar los estresores mediante la mitigación de su significación o no extenderse en ellos. La gente utiliza esta estrategia de afrontamiento cuando bromea o se

burla de alguna situación problemática; desvía intencionalmente su atención de un problema borrándolo de su mente o descalificándolo.

- Concentración en el problema. Los reactivos de esta escala indagan acerca de la inclinación de una persona a hacer intentos activos de cambiar su conducta o los estresores ambientales. Las personas utilizan esta estrategia cuando desarrolla un plan de acción específico para enfrentar una situación, pide a otros que hagan cambios determinados para aliviar las circunstancias estresantes o analiza su propia un curso de acción eficaz para resolver un evento estresante.
- Bienestar psicológico: Valoran la experiencia global del individuo de satisfacción y ecuanimidad psicológica durante los últimos tres meses.

- **Inventario de Estilos de Afrontamiento**

El inventario es una adaptación al español del Inventario Comprehensive Coping Inventory de Zurita Ona & Mc Kay, que consta de 56 reactivos, los cuales describen 7 tipos de Estilos de Afrontamiento: a) Evitación; b) Rumiación; c) Enmascaramiento emocional; d) Focalización a corto plazo; e) Persistencia de la respuesta; f) Hostilidad y agresión; g) Evaluación negativa. Es una medida sensible para describir las estrategias usualmente más empleadas por las personas para afrontar el estrés (McKay, Fanning & Zurita, 2011).

Descripción de los Estilos de Afrontamiento:

- Enmascaramiento emocional: El principal objetivo de este estilo de afrontamiento es “ocultar emociones dolorosas” porque considera que si los demás ven sufrimiento van a pensar que eres débil, estás loco o tonto”. El problema principal con este estilo de afrontamiento es que el yo real permanece “escondido” nadie puede verlo en realidad además invierten mucho esfuerzo en “verse bien” lo cual te hace sentir desesperanza y problemas en relaciones con los demás, no se sabe lo que le hiere o necesita cambiar.
- Evitación: Las personas que suelen emplear este tipo de estrategia automáticamente tratan de evitar emociones y pensamientos dolorosos, tan pronto como sienten algún sentimiento doloroso, lo dejan fuera de su experiencia, se vuelven indiferentes, o lo suprimen. Ponen una barrera y el dolor queda sin poder expresarse, el problema con este estilo de afrontamiento es que en lugar de que el dolor quede fuera de la experiencia del individuo, se vuelve más intenso.
- Persistencia de la respuesta: Esta estrategia de afrontamiento implica seguir respondiendo de la misma forma en situaciones similares a pesar de que esto no haya funcionado anteriormente. A veces esto sucede porque nos da temor intentar nuevas soluciones, por lo cual se vuelves inflexible y trata de mantener las mismas respuestas sin cambiar, cada conflicto se convierte en una catástrofe y solo termina enojado y culpándose por hacer las cosas igual que siempre.

- Evaluación negativa: En esta estrategia de afrontamiento se emplean evaluaciones negativas o juicios anticipados para ayudar a afrontar o tolerar las consecuencias o resultados negativos de algo, o controlar a otros. El problema es que se tiende a dejar de lado los juicios positivos y al ver todo mal, la persona se siente más enojada, frustrada y decepcionada.
- Rumiación: En esta estrategia las personas suelen usar los pensamientos obsesivos para disminuir la incertidumbre y emplean juicios con la expectativa de forzarse a ellos mismos o a otros a hacer cosas, piensan mucho acerca de las situaciones, sus posibles consecuencias y la forma de afrontarlos, desde su perspectiva tratan de cambiar sus puntos débiles y los de los demás. Esta estrategia no funciona porque lo único que se consigue es mantenerse enfocado en el problema y no en la solución, sintiéndote más ansioso, enojado y decepcionado.
- Hostilidad o agresión: Esta estrategia ayuda a enmascarar el estrés, el miedo, el dolor emocional, la culpa, la vergüenza, la confusión, la sensación de que estás mal, la sensación de estar agobiado y ser el receptor de las emociones dolorosas de otros. El problema es que mientras más se utiliza el enojo como una estrategia de afrontamiento más enojado estará, la hostilidad propicia más hostilidad.
- Focalización a corto plazo: Esta estrategia es empleada por algunas personas cuando pretenden evitar el malestar emocional llevando a



cabo acciones placenteras en el corto plazo, por ejemplo evitar situaciones sociales que causan ansiedad, a corto plazo la ansiedad desaparece al no aceptar la interacción social pero a largo plazo se va aislando de la gente y esto puede causar síntomas de depresión.

- Cuestionario de Satisfacción del Programa Psicoeducativo con Intervención Cognitivo Conductual para Familiares de Pacientes con Trastornos de Ansiedad y Depresión

Con el fin de identificar la eficacia de la aplicación del programa, se diseñó y aplicó el Cuestionario de Satisfacción del Programa Psicoeducativo con Intervención Cognitivo Conductual para Familiares de Pacientes con Trastornos de Ansiedad y Depresión con el objetivo de conocer su opinión en cuanto: Si los aprendizajes obtenidos son aplicables en su vida cotidiana; si el material utilizado fue oportuno e informativo; si el tiempo asignado para la presentación de los temas fue adecuado; y la evaluación global del programa.

## MATERIAL

- Cartel y folleto de difusión del Programa Psicoeducativo (Apéndices 1y 2)
- Cartas descriptivas (Apéndice 5 ,8, 10, 12, 14, 16 y 18)
- Laptop y bocinas
- Grabadora
- Gafetes
- 12 plumones de colores

- 12 bolígrafos
- Papel bond
- Hojas blancas de papel y de colores
- Papel craft
- Tarjetas de mitos y realidades de la depresión y la ansiedad (Apéndice 6).
- Música instrumental para relajación
- Mapas mentales de los temas: Estrés (Apéndice 9), Emociones, Síntomas de ansiedad y depresión (Apéndice 7), Estilos de afrontamiento (Apéndice 13), Elementos que interfieren con la comunicación asertiva (Apéndice 15) y Áreas del perfil de estrés (Apéndice 17).
- Estímulos sensoriales como olores, sonidos y texturas.
- Material psicoeducativo de Estrés y sobre estrés (Apéndice 9)
- Muñeco para ejemplificar síntomas de estrés en el cuerpo (Apéndice 9)
- Posticks
- Cinta adhesiva, pegamento
- Lista de chequeo para disminuir el estrés crónico (Apéndice 9)
- Licuadora de emociones de papel (Apéndice 11)
- Etiquetas con emociones (Apéndice 11)
- Billetes de colores y cuenta de banco de papel (Apéndice 11)
- Hojas de retroalimentación de los puntajes obtenido en el Inventario de Estilos de Afrontamiento
- Imágenes con técnicas recomendadas para emplear otros estilos de afrontamiento (Apéndice 13).

- Formato de áreas de personalidad (Apéndice 15).
- Folletos de asertividad (Apéndice 15)
- Lámina de termómetro de enojo (Apéndice 15)
- Rompecabezas de derechos asertivos (Apéndice 15)
- 8 láminas de dibujos geométricos
- Guía psicoeducativa de Terapia en Solución en Problemas para terapeutas y participantes (Apéndice 17).
- Formato Mis problemas (Apéndice 17)
- 7 huevos, 20 popotes y tijeras
- Frases para aumentar la motivación hacia el cambio (Apéndice 19)
- Diplomas

## PROCEDIMIENTO

El reclutamiento de los familiares que participaron en el estudio se llevó a cabo en el Servicio de Psicofisiología Aplicada del Departamento de Psicología del INPRFM por medio de folletos (Apéndice 2). A las personas interesadas en participar se les proporcionó una cita en la que se les explicó el objetivo del estudio así como las fases del mismo (fase de evaluación pre test y pos test y la fase de intervención), se aclararon dudas y se les entregó, en caso de aceptar participar, un formato de consentimiento informado (Apéndice 4).

Se prosiguió con la fase de evaluación. La evaluación consistió en la realización de una entrevista semiestructurada (Apéndice 3) y la aplicación individual de los siguientes instrumentos: Inventario de Ansiedad y Depresión de

Beck, Inventario de Estilos de Afrontamiento y Perfil de Estrés de Nowak. Se leyeron las instrucciones y preguntas con claridad, para asegurar que no se presentaran dudas. Posteriormente se capturaron los resultados en una base de datos para su análisis. Una vez que se completaba la entrevista y la aplicación de las escalas psicométricas, se les proporcionó a los participantes la fecha, hora y lugar en donde se llevarían a cabo las sesiones.

Con base en la información recabada por medio de la entrevista semiestructurada y los resultados obtenidos de los instrumentos se realizó un análisis por categorías para priorizar las necesidades de atención psicológica que requerían los participantes y, estructurar a partir de ellas, el programa psicoeducativo con las siguientes unidades temáticas (para un análisis más detallado de estos datos véase la sección de resultados):

1. Información sobre los padecimientos psiquiátricos de ansiedad y depresión.
2. Estrés y estrés crónico
3. Autorregulación emocional
4. Estilos de afrontamiento
5. Comunicación asertiva
6. Técnica de Solución de Problemas

Se realizaron siete sesiones de dos horas cada una, con una periodicidad de una vez por semana en horario matutino. Para cada una de las sesiones se abordó una unidad temática, se planteó un objetivo y a partir de este se seleccionaron estrategias de intervención y psicoeducación basadas en la Terapia Cognitivo Conductual, que se adaptaron a las características particulares de los participantes.

Una vez establecidos los contenidos conceptuales de la intervención, se desarrollaron cartas descriptivas (Apéndice 5, 8, 10, 12, 14, 16 y 18) así como materiales de apoyo para cada uno de los componentes de la intervención, validado y supervisado por un especialista del tema en el área de la psicología clínica y de la salud.

Se inició el Programa Psicoeducativo que se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” en un aula iluminada y ventilada adecuadamente, con una dimensión de 5x7 m que contaba con dos pizarrones y 20 sillas.

A continuación se presentan las técnicas empleadas así como la estructura general de las sesiones (Tabla 2), los detalles así como actividades específicas se encuentran en las cartas descriptivas en Apéndices.

*Descripción de las técnicas empleadas en el Programa Psicoeducativo de Intervención Cognitivo Conductual para Familiares de Pacientes con Trastornos de Ansiedad y Depresión.*

- a) Psicoeducación: Tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida (Bulucio, Vieyra, Álvarez & Benatuil, 2004).
- b) Ejercicios de metas de conductas poco frecuentes: Se pide a la persona que establezca objetivos que impliquen incrementar conductas de baja frecuencia o

elegir alguna conducta de su repertorio habitual que tiene una frecuencia elevada y que se desea reducir (Fernández, García & Crespo, 2012).

- c) Role playing: Es una estrategia para practicar conductas y establecer debates con los participantes y terapeutas que permitan incrementar la competencia y habilidad para abordar situaciones (Fernández, García & Crespo, 2012).
- d) Técnica de respiración controlada diafragmática: Es un procedimiento que ayuda a reducir la activación fisiológica y por tanto, afrontar la ansiedad, en este caso se intenta llevar el aire hasta la parte inferior de los pulmones para oxigenar la sangre de forma adecuada. Cuando esto se hace, el diafragma se contrae, presiona el abdomen y este se eleva (García- Grau, Fusté & Bados, 2009).
- e) Técnicas emotivas: Se trata de promover y recordar situaciones asociadas a un alto contenido emocional porque estas situaciones, más allá del pensamiento negativo verbalizado, suelen esconder una creencia básica disfuncional (Fernández, García & Crespo, 2012).
- f) Técnica de relajación muscular progresiva: Se define como aprendizaje de la relajación de diferentes grupos musculares específicos, al tiempo que se presta atención a las sensaciones asociadas con los estados de tensión y relajación (Payne, 2005).
- g) Biblioterapia: Se sugieren lecturas que puedan ayudar a entender mejor las diferencias entre creencias adaptativas y desadaptativas, así como las ventajas e inconvenientes, para conocer y debatir otros puntos de vista sobre el mundo y otras reglas sociales y personales por las que regirse (Fernández, García & Crespo, 2012).

- h) Técnicas para lograr el insight racional intelectual: Esta técnica permite disputar creencias irracionales, en donde se detectan primero, aquellas creencias irracionales que están causando consecuencias emocionales y conductuales negativas, por lo que se plantea conseguir un cambio profundo y rotundo en la filosofía de vida del paciente (Gabalda, 2007).
- i) Entrenamiento en asertividad: Es un método que permite apoyar un funcionamiento interpersonal más efectivo en el paciente que bien puede ser excesivamente pasivo o demasiado agresivo. Este método pone énfasis en el aspecto conductual desarrollando competencias cognitivas y conductuales (Sank & Shaffer, 1993).
- j) Imaginería guiada: Son inducciones pseudo hipnóticas en donde se realizan descripciones de ambientes encubiertos que buscan evocar estados de paz, tranquilidad, relajación física y emocional, que conducen al individuo a una profunda sensación de paz (Aguilar & Musso, 2008)
- k) Técnica de solución de problemas: Los participantes y el terapeuta trabajan de forma conjunta para poder identificar y separar las áreas que generan problemáticas que podrían estar contribuyendo a la presencia de problemas de salud mental de la persona para desplegarlas en tareas específicas y manejables para resolver problemas y desarrollar estrategias de afrontamiento para una problemática en específico (Vargas, Villamil & Ventura, 2013)
- l) Tareas para casa: Mediante las tareas se obtienen datos que permiten analizar y debatir con los participantes los conocimientos vistos en sesiones anteriores, sirve para reforzar o consolidar habilidades y poder generalizar lo

aprendido en las sesiones a otros ámbitos de la vida cotidiana del paciente (Fernández, García & Crespo, 2012).

Tabla 2

*Descripción de las sesiones del Programa Psicoeducativo Cognitivo Conductual*

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO PARTICULAR	DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN
1	Información de los padecimientos psiquiátricos	Identificar las principales características de los trastornos y tratamientos de ansiedad y depresión para responder a la necesidad de falta de información.	Se realizaron técnicas “rompe hielo” en la presentación de los miembros del grupo y cuando relataron brevemente la problemática que vivían lo cual fomentó el respeto y la cohesión grupal, se brindó información mediante técnicas de psicoeducación a los participantes, sobre los trastornos de ansiedad y depresión, sus tratamientos y se despejaron dudas acerca de la información brindada confrontando mitos, estereotipos y creencias sobre los trastornos psiquiátricos de ansiedad y depresión. Como actividad de cierre se realizó una imagería guiada para evocar un estado de tranquilidad en los participantes (Apéndice 5).
2	Estrés y estrés crónico	Aplicación de estrategias y actividades para identificar y disminuir los síntomas de sobre estrés en su vida cotidiana.	Se realizaron técnicas de psicoeducación sobre el estrés, para que los participantes adquirieran capacidades y habilidades para reconocer sus síntomas de estrés crónico, sus estresores principales, los productos o alimentos que aparentemente reducen los síntomas del estrés pero que a largo plazo perjudican la salud y posteriormente las actividades que pudieran realizar o no, para la disminución del malestar físico o emocional



			consecuente del estrés (Apéndice 8).
3	Autorregulación emocional	Identificar los propios estados emocionales y utilizar técnicas de relajación.	Se dio psicoeducación acerca de la relación entre las emociones y el malestar que podrían estar presentando a partir de la retroalimentación de los puntajes obtenidos en los Inventarios de ansiedad y depresión de la evaluación inicial, para facilitar la identificación de las propias emociones. Se realizaron técnicas de relajación: técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva. Para trabajar en casa y continuar practicando los ejercicios de relajación se les proporcionó un libro ilustrado con el título de Respira de Inés Castel Branco (Apéndice 10).
4	Estilos de afrontamiento	Reconocer los propios estilos de afrontamiento para aprender a utilizarlos de acuerdo a la situación que se presente. Se decidió abordar este tema porque se observó en los resultados de la evaluación inicial que sus estilos de afrontamiento les generaban malestar en su vida cotidiana.	Se brindó información a los participantes sobre los Estilos de afrontamiento, a partir de la retroalimentación de la evaluación inicial con el Inventario. Se realizó un rol playing para la identificación de los estilos de afrontamiento más utilizados por ellos y qué alternativas tenían para utilizar otros. Se utilizó la técnica para lograr el insight racional intelectual para disputar las creencias irracionales que pudieran tener relación con el estilo de afrontamiento que más utilizaban (Apéndice 12).
5	Asertividad y comunicación	Conocer e implementar estrategias de asertividad para mejorar el estilo de comunicación, lo cual está relacionado con las dificultades que presentan para relacionarse con su	Se brindó información acerca del concepto de asertividad y comunicación asertiva. Los participantes identificaron los estilos agresivo, pasivo y asertivo. Posteriormente; se practicaron técnicas de comunicación asertivas, se realizó un rompecabezas para conocer los derechos asertivos (Apéndice 15).

		familiar.	Por último se hizo un ejercicio de imaginaria guiada para recordar lo visto en las sesiones (Apéndice 14).
6	Técnica de solución de problemas.	Identificar los problemas de la vida cotidiana que causan malestar, para que de forma sistemática, lleguen a una resolución viable. Lo cual responde a la necesidad de falta de habilidades para afrontar situaciones y problemas de la vida cotidiana.	Se dio información acerca de la relación entre los problemas no resueltos de la vida cotidiana con los malestares físicos y emocionales. Posteriormente se les enseñó la técnica de solución de problemas con una guía educativa (apéndice 17) se realizaron ejercicios prácticos para que aprendieran la técnica de forma sistemática y así identificar los principales problemas en su vida cotidiana y llegar a una solución (Apéndice 16).
7	Técnica de solución de problemas y cierre del programa	Reflexionar el propio proceso en el grupo para consolidar el aprendizaje.	Se brindó retroalimentación y se concluyeron los pasos de la técnica de solución de problemas. Por último se realizó el cierre del programa con actividades para identificar la resiliencia en sí mismos así como preguntas para rescatar lo aprendido. Al término de la sesión se les entregó un diploma por haber concluido el programa (Apéndice 18 y 19).

Al término de cada sesión se realizaron las respectivas notas clínicas en donde se describía detalladamente las actividades y comentarios de los participantes y terapeutas. Se realizaron evaluaciones constantes a partir la revisión y retroalimentación de tareas, resolución de dudas y recapitulación de las sesiones anteriores.

Al finalizar el programa, se aplicaron nuevamente los instrumentos de evaluación y se le pidió a los participantes que contestaran el Cuestionario de Satisfacción del Programa Psicoeducativo de Intervención Cognitivo Conductual para Familiares de Pacientes con Trastornos de Ansiedad y Depresión (Apéndice 20). Asimismo se le pidió a cada participante que comentará de forma verbal, los cambios que había observado antes y después de la intervención (Apéndice 21).

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Debido a que el presente estudio tiene una metodología mixta, se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo.

El análisis cualitativo se realizó por medio de las entrevistas iniciales, observación de las sesiones grupales y, posteriores a estas, un análisis de frecuencias con los datos obtenidos.

El análisis cuantitativo se hizo mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales por sus siglas en inglés SSPS versión 20.0. Se analizaron los resultados obtenidos del pre y postest de la batería de pruebas descrita en la sección de instrumentos.

## RESULTADOS

*Resultados de la evaluación inicial mediante la entrevista semiestructurada para la detección de necesidades de atención psicológica de los participantes.*

Se realizó un análisis por categorías para la detección de necesidades de atención psicológica de los familiares de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión. A continuación se describen las siguientes categorías que surgieron a partir del análisis cualitativo de las entrevistas iniciales realizadas a los participantes (Tabla 3). Los discursos de los participantes representan los cambios que han percibido en diferentes áreas a partir del surgimiento del padecimiento psiquiátrico en sus familiares:

Tabla 3

*Resultados de las entrevistas iniciales de los familiares de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión.*

Categoría temática	Descripción de la categoría	Discursos de los participantes	Análisis del discurso
Percepción del estatus económico y vida laboral	Explica la medida en que los recursos económicos son distribuidos en las condiciones de atención a los pacientes, la predisposición o actitud de los cuidadores y la percepción que tienen para solventar sus gastos, así como la participación en actividades laborales.	<p><i>“Se ha visto afectada nuestra economía, porque estoy jubilada y casi no tengo ingresos, todos los medicamentos implican un gasto muy grande, pienso que ya no nos rinde el dinero como antes y pues vivimos al día”</i></p> <p><i>“No puedo plantearme trabajar fuera, dejé de trabajar, mi vida profesional está resentida y tengo muchos problemas económicos.”</i></p> <p><i>“En el trabajo me da mucho angustia y me siento muy preocupada por no estar con ella, por eso busco trabajar cerca de la casa, por si pasa algo yo pueda ir rápidamente. Mi hermana ya dejó de trabajar y ha tenido</i></p>	Los discursos de los familiares muestran dificultades para cubrir sus necesidades económicas. Refieren que esto se debe a gastos extras en medicamentos, consultas médicas, gastos de transportación para llegar a las consultas, problemas en el trabajo por no cumplir los horarios y tener faltas debido a que atienden las necesidades que su familiar. Perciben que no pueden llevar a cabo sus actividades laborales como ellos quisieran, por una hipervigilancia hacia el paciente por temor a que algo malo pudiera

		<p><i>muchas dificultades para encontrar trabajo entonces en lo económico también andamos mal... He tenido que faltar varias veces a mi trabajo para cuidar de ella y repercute en la falta de dinero”</i></p>	ocurrir en su ausencia.
Dinámica familiar	<p>Se refiere a cómo perciben los participantes que se han modificado las relaciones interpersonales dentro del núcleo familiar: relación de pareja y diada padre- hijo o madre- hijo.</p>	<p><i>“Sí, hay cambios en la familia y en mi relación de pareja. Yo duermo con mi hija, estoy siempre alerta de todo lo que hace, lo cual no permite que mi esposo y yo pasemos tiempo juntos, no tengo confianza en mi hija y no la reconozco en estos momentos... no le tengo confianza a mi hija, ni ella me tiene confianza a mí, no me cuenta nada y no quiere hablar conmigo.”</i></p> <p><i>“La dinámica familiar ya no es igual, especialmente con mi esposo creo que nos apoyamos más para sacar adelante a nuestra hija. Respecto a mi hija, a veces me desespera mucho, porque le pido que haga alguna cosa y no la hace... ella quiere colaborar en la situación económica, pero yo no dejé que trabajé por miedo a que fracase y vuelva a tener otra crisis.”</i></p> <p><i>“Los problemas son especialmente con mi ex pareja, pues no me apoya en nada y minimiza todo el tiempo la enfermedad de mi hijo desde que empezó todo esto”.</i></p> <p><i>“Nosotros no hemos percibido problemas entre mi esposo y yo, pero ya no sabemos cómo comunicarnos con nuestro hijo, pues creemos que todo el tiempo miente...no sé qué decirle, sobre todo en sus crisis, tampoco sé cómo tratarlo”.</i></p>	<p>Los participantes observan cambios en la relación de pareja y en la relación parental. En la relación de pareja, en algunos casos la aparición del trastorno genera rupturas y conflictos debido a que no hay una distribución equitativa de los cuidados o atenciones hacia el paciente y por la falta de tiempo que se dedica a la pareja; sin embargo, también se muestra que puede haber más unión en la pareja cuando hay un apoyo por parte de los dos para afrontar las dificultades del padecimiento.</p> <p>En cuanto a la relación parental se observa una sobreprotección por parte del familiar que atiende al paciente, falta de recursos para interactuar y comunicarse con ellos, así como una desvalorización de las habilidades por no cumplir con las expectativas que se habían creado antes de la presencia del padecimiento.</p>
Salud	<p>Se refiere a la percepción que tienen los participantes de su estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Incluye la presencia de síntomas físicos o emocionales que</p>	<p><i>“Sobre mi estado de ánimo tengo mucho enojo y tristeza. También me siento más cansada que antes... me siento angustiada, con miedo, no sé si estoy haciendo bien las cosas. Hemos estado bajando de peso, nos sentimos agotados... estoy vitaminándome... Tampoco tengo apetito de nada.”</i></p> <p><i>“Siento que me la paso ansiosa todo el día y siento mucha angustia, hace unos meses por lo mismo me dio una crisis de hipertensión, los médicos me dijeron que era por el estrés con el que estaba viviendo... Percibo que mi salud no anda tan bien, pero tampoco le he puesto tanta</i></p>	<p>Los participantes perciben un deterioro en la salud física y emocional. Manifiestan la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés tales como: cansancio, fatiga, falta de energía, debilidad, pérdida de apetito, dolores en el cuerpo, sentimientos de tristeza o enojo. Algunos han asistido a consultas médicas o psicológicas para atender sus</p>

	<p>provocan manifestar.</p>	<p><i>atención. En lo emocional siento mucha tristeza e impotencia”.</i></p> <p>“</p> <p><i>“He tenido que estar en tratamiento para depresión y en tratamiento psicológico, generalmente me siento muy cansada y yo soy muy depresiva”</i></p> <p>“</p> <p><i>“Pues ya no me da hambre, me siento muy cansada, tengo muchos dolores de cabeza y cuando ella se pone mal, o muy ansiosa me siento deprimida... no tengo tiempo de cuidar de mí”.</i></p>	<p>síntomas, no obstante la mayoría refiere una falta de autocuidado personal. Demuestran afectaciones emocionales como el miedo, impotencia, frustración o culpa así como dificultades para afrontar situaciones que surgen en la convivencia.</p>
<p>Tiempo libre y red de apoyo social</p>	<p>Se refiere al periodo en que no hay obligación de realizar alguna actividad y se dedica a la diversión, descanso, atención para sí mismo, frecuentar a otras personas como familiares o amigos con las que haya un vínculo social cercano, sean emocionalmente significativas o quienes puedan brindarles ayuda material o emocional.</p>	<p><i>“No he tenido tiempo para hacer lo que me gusta, tampoco salgo ya con amigos o si quiera de mi casa, para cuidar a mi hija”.</i></p> <p><i>“Pues ya no frecuento amistades de familiares, ni siquiera me dan ganas por ahora de hacerlo”.</i></p> <p><i>“A veces intentamos salir los domingos a comer juntos al mercado, no siempre se puede por las cuestiones económicas, además fuera de mi esposa o hijo no cuento con alguien más”.</i></p> <p><i>“Se ha reducido mi tiempo para mí, no tengo tiempo de cuidar a otras personas, tengo problemas con mi pareja, no puedo tener amigos tampoco, ya no los veo y por supuesto, tampoco tengo tiempo para cuidar de mí o atenderme”.</i></p> <p>“</p>	<p>En los discursos de los participantes refieren no tener tiempo suficiente para realizar actividades que les satisfagan o cuidar de sí mismos. Además, denotan no tener espacios para frecuentar a sus familiares o amigos, pues la mayor parte del tiempo se dedica a cuidar o vigilar a los pacientes.</p>
<p>Temas de interés de los participantes para abordar en el Programa psicoeducativo</p>	<p>En esta categoría los participantes describieron qué temas preferían que se impartieran en el programa psicoeducativo.</p>	<p><i>“Pues... Cómo tratar a mi familiar. Cómo recobrar la confianza en mí y también en mi hija... Cómo volver a sentirme libre y volver a ser feliz”.</i></p> <p><i>“Pues me gustaría reducir la angustia y como no sentirme frustrada”.</i></p> <p><i>“Sobre los padecimientos psiquiátricos, la sintomatología, las causas”.</i></p>	<p>Una de las preocupaciones que más refieren los participantes es la dificultad que tienen para comunicarse con su familiar, no saben si lo que dicen o cómo reaccionan es adecuado para mejorar su interacción. Hay un desconocimiento parcial del trastorno psiquiátrico que padecen sus familiares; problemas para afrontar las crisis o el padecimiento, además manifiestan una</p>

*“Pues me parecería importante conocer sobre los padecimientos de mi hijo, la medicación y también como dirigirme a él”.*

necesidad de cuidarse a sí mismos pero no cuentan con las habilidades o herramientas suficientes en estos momentos para hacerlo.

*“Tolerancia a la frustración, yo exploto muy rápido, la última vez tuve una discusión muy fuerte con mi hija y no puede aguantarme y le pegué, me arrepentí mucho y me siento muy culpable todo el tiempo, siento que no me puedo controlar”.*

---

Las áreas que los participantes denotan con mayores repercusiones a partir de la aparición del trastorno de su familiar son cambios en su economía y actividades laborales, en la dinámica familiar, enfatizando en las dificultades para relacionarse con su pareja o con sus hijos, inconvenientes para afrontar el padecimiento de su familiar, percepción de cambios en su salud física y emocional, falta de tiempo libre y de redes de apoyo social. En cuanto a las demandas globales que refieren los participantes para que se atiendan en el programa psicoeducativo destacan la necesidad de tener mayor información sobre los padecimientos psiquiátricos que presentan sus familiares, contar con habilidades para comunicarse efectivamente, mayores estrategias para afrontar su situación actual para sentirse física y emocionalmente mejor.

De acuerdo a las necesidades mencionadas se planeó un programa psicoeducativo de siete sesiones con las siguientes unidades temáticas que responden a las demandas de los participantes:

- 1) Psicoeducación acerca de los padecimientos psiquiátricos

- 2) Identificación de síntomas de sobre estrés
- 3) Autorregulación emocional
- 4) Estilos de Afrontamiento
- 5) Comunicación asertiva
- 6) Técnica de Solución de Problemas

A continuación la figura 2 muestra las necesidades de atención psicológica obtenidas de las entrevistas y su relación con las unidades temáticas del programa psicoeducativo:



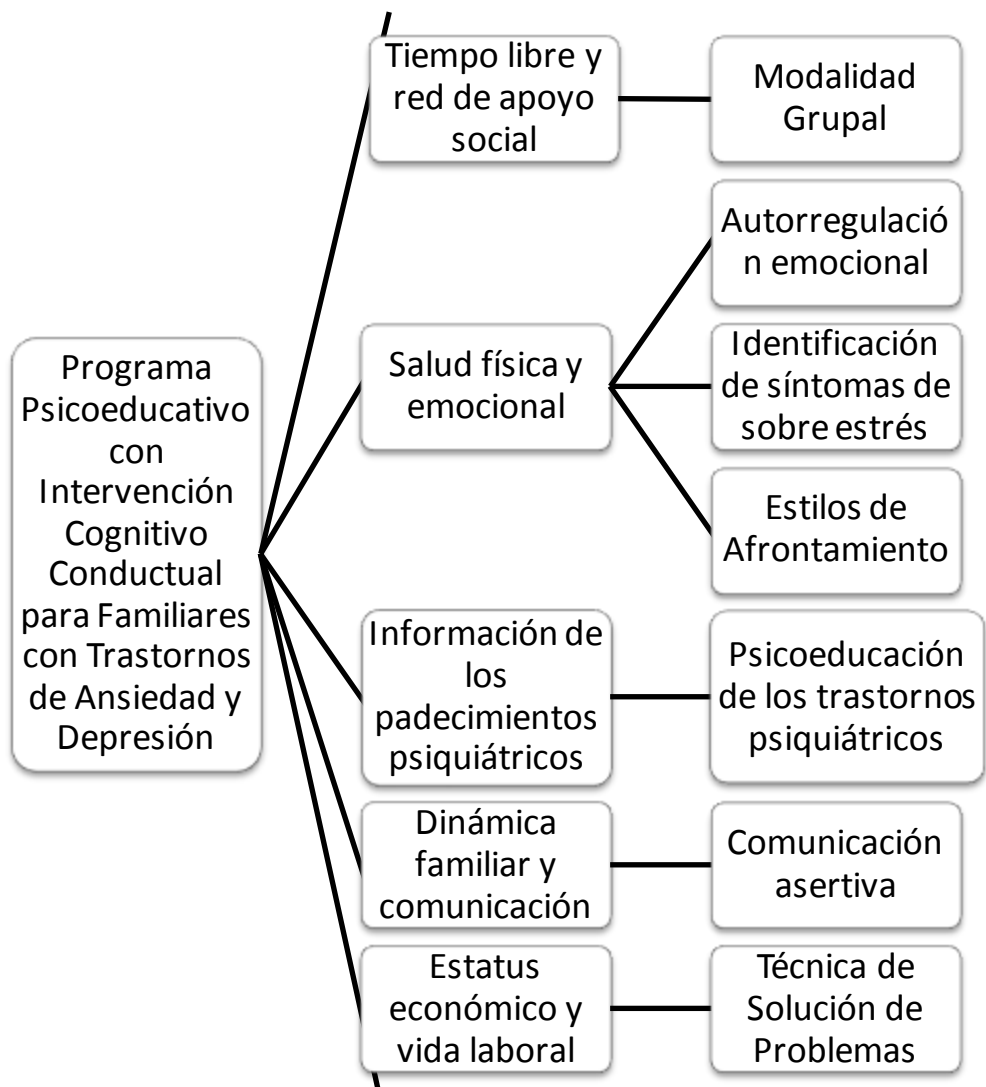
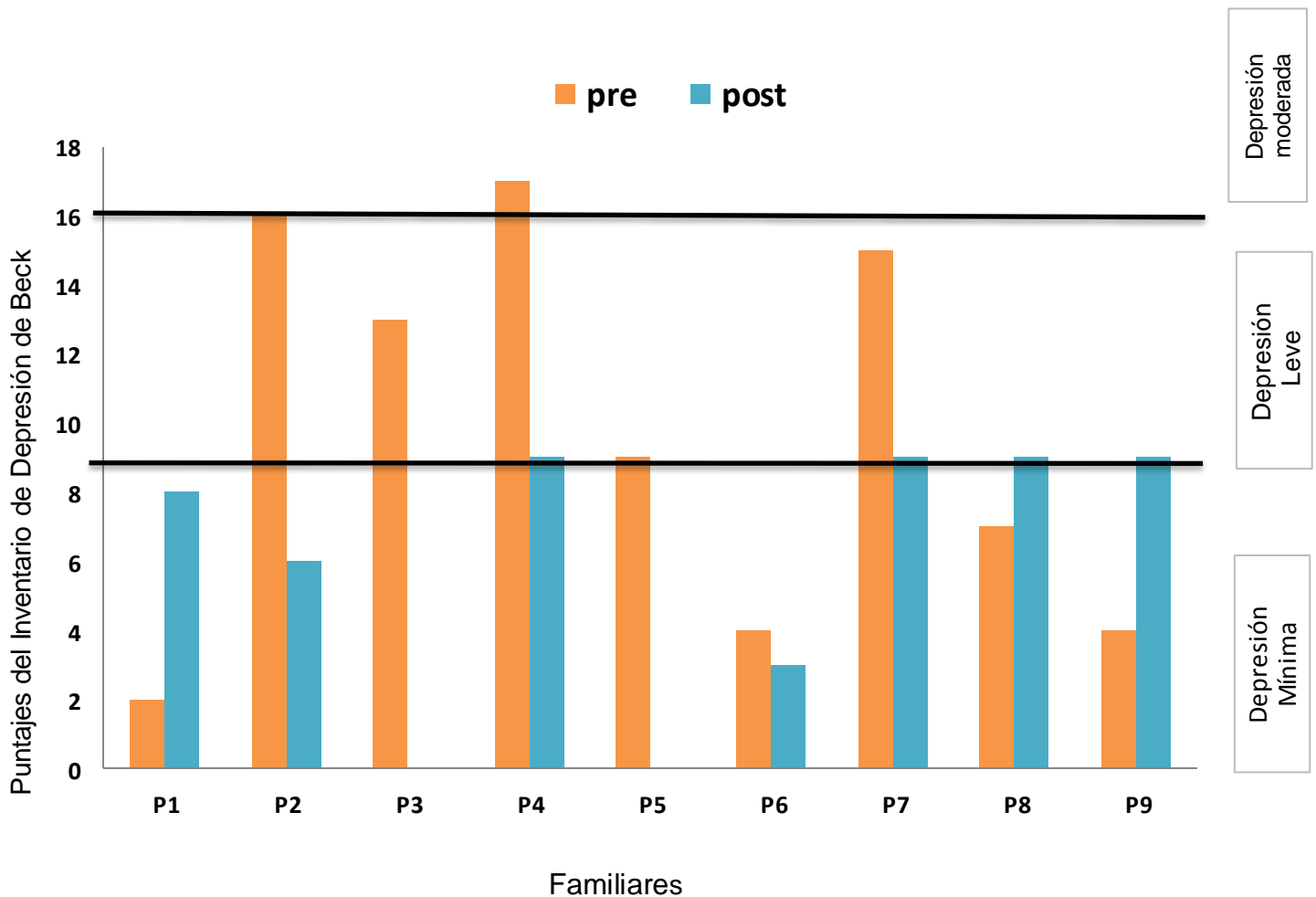


Figura 2. Necesidades de atención psicológica detectadas en la entrevista semiestructurada y su relación con las unidades temáticas del programa psicoeducativo.

*Resultados del Inventario de Depresión de Beck*

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el pre y en el postest del Inventario de Depresión de Beck ( $t= 0.06$ ,  $P= 0.05$ ). Sin embargo, se observan cambios categóricos, ya que en los resultados del postest los nueve participantes presentaron depresión mínima; observándose que cuatro (P2, P3, P4 y P7) de los nueve casos bajaron de nivel hasta depresión mínima (Figura 3).

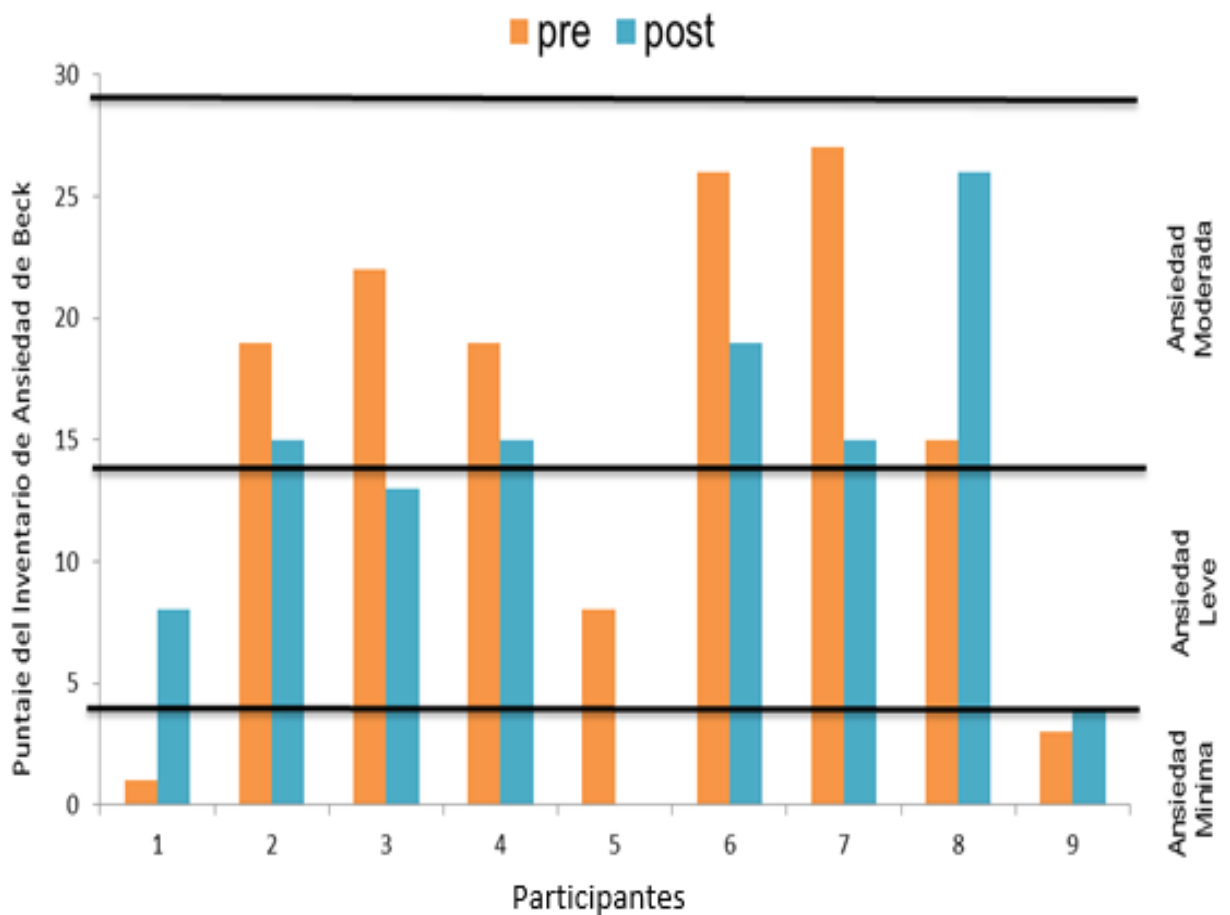
*Figura 3. Puntajes obtenidos del Inventario de Depresión de Beck*



*Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck*

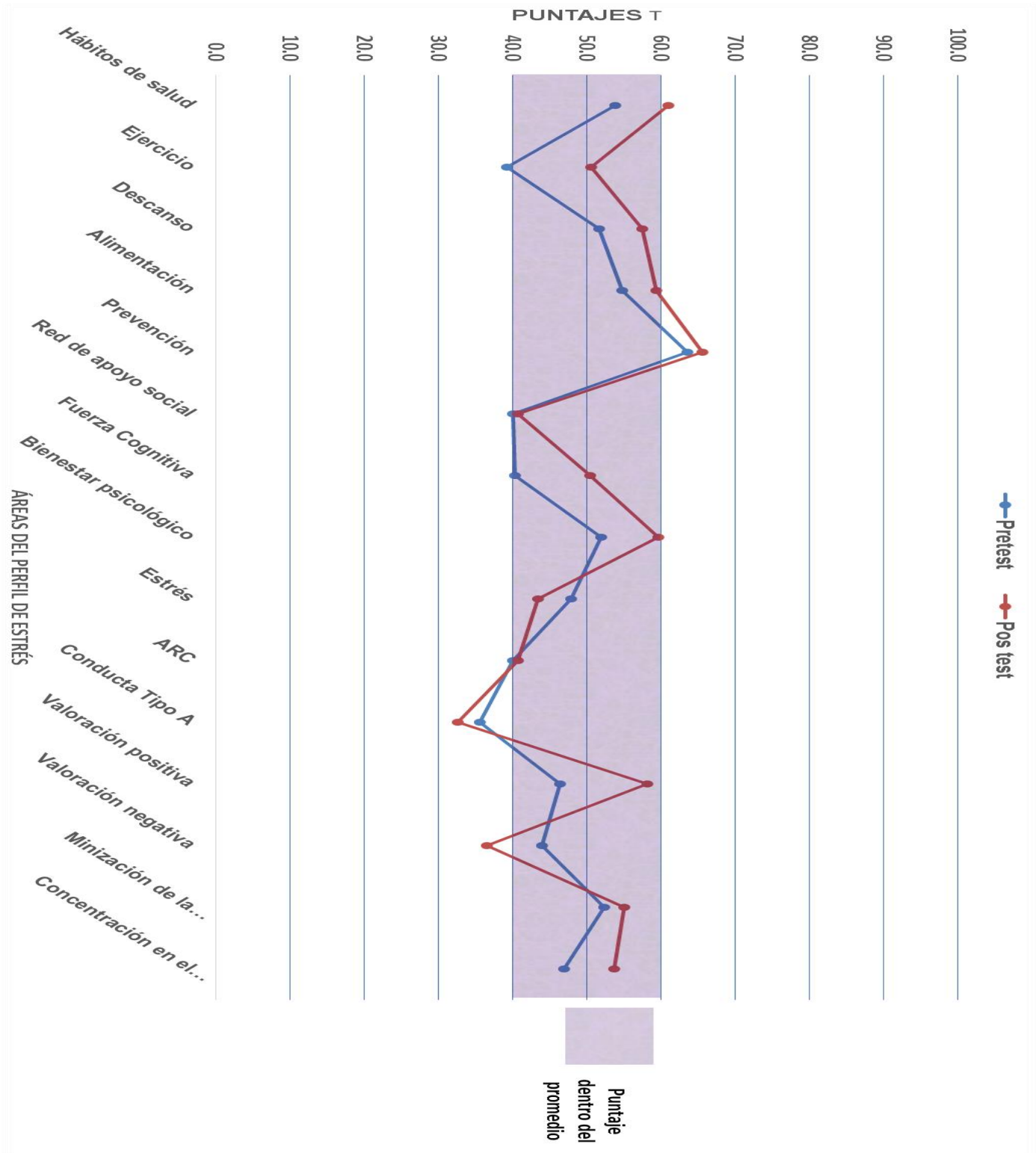
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes del pretest y posttest del Inventario de Ansiedad de Beck ( $t= 0.2$ ,  $p= 0.05$ ). Estos resultados, aunque no muestran una diferencia estadísticamente significativa, describen que al menos seis (P2, P3, P4, P5, P6 y P7) de nueve participantes disminuyeron sus puntajes de ansiedad. Y que incluso los casos P3 y P5 bajaron un nivel de ansiedad respectivamente (Ver figura 4).

Figura 4. Puntajes obtenidos del Inventario de Ansiedad de Beck



*Resultados del Perfil de Estrés de Nowak*

Figura 5. Resultados del pre y postest del Perfil de Nowak del grupo de participantes.



Nota: La figura muestra la comparación de las medias grupales antes y después del Programa psicoeducativo con intervención Cognitivo-Conductual para familiares de pacientes con Trastornos de ansiedad y depresión, en cada una de las 15 áreas del Perfil de Estrés de Nowak. Las puntuaciones en la *zona de color morado* se consideran dentro de los estándares promedio de la muestra normativa; puntajes por debajo o por encima implican vulnerabilidad al estrés o *recursos protectores de la salud*.

La figura 5 muestra los resultados grupales obtenidos antes y después del Programa psicoeducativo en el Perfil de Estrés de Nowak. Se observa que, en general, las puntuaciones de los participantes durante el pretest están dentro de un rango de puntuación promedio, sin embargo, durante el posttest se observó un mejor puntaje en las áreas de hábitos de salud, ejercicio, alimentación, descanso/sueño, prevención, red de apoyo social y bienestar psicológico. Cabe destacar que las áreas de ejercicio y red de apoyo social, cuyos puntajes se encontraban en los límites normales y los de riesgo para la salud, mejoraron cerca de 10 puntos cada uno.

Mientras que las áreas de estrés, conglomerado ARC y conducta tipo A los valores fueron similares tanto en el pretest como en el posttest. Lo cual en ambos casos, implica un beneficio para la salud de todos los participantes.

En cuanto a las escalas de estilos de afrontamiento que evalúa el perfil, se observa un aumento del uso de los estilos de valoración positiva y concentración en el problema, mientras que hay una disminución de la valoración negativa. Lo anterior podría representar un beneficio para la salud mental o emocional de los participantes.

#### *Resultados del Inventario de Estilos de Afrontamiento*

De acuerdo a lo observado en los resultados de este Inventario, el estilo de afrontamiento más utilizado por los participantes en el pretest es la focalización a corto plazo, seguido por rumiación y enmascaramiento emocional. Por otro lado, en el posttest se observa que el principal estilo es la evitación, mientras que la rumiación, enmascaramiento emocional, focalización a corto plazo y persistencia de la respuesta tienen respectivamente el mismo número de participantes que los utiliza con mayor frecuencia. (Ver Tabla 4).

Cabe señalar que la hostilidad y evaluación negativa no son las principales estrategias utilizadas por los participantes.

Tabla 4

*Número de participantes que utilizan con mayor frecuencia cada estilo de afrontamiento.*

<b>ESTILOS DE AFRONTAMIENTO</b>	<b>PRETEST</b>	<b>POSTEST</b>
<b>Focalización a corto plazo</b>	3	2
<b>Rumiación</b>	2	2
<b>Enmascaramiento emocional</b>	2	2
<b>Evitación</b>	1	3
<b>Evaluación negativa</b>	1	0
<b>Persistencia en la respuesta</b>	0	0
<b>Hostilidad</b>	0	0

En el capítulo dos, al revisar los estilos de afrontamiento (Badia, 2002; Coletto & Cameras, 2009; Gerson, Wong, Davidson, Malaspina, McGlashan & Corcoran, 2011; Van Andel, Westerhuis, Zijlmans, Fischer & Leijten, 2011) se mencionan dos posibles formas de categorizarlos: estilos de afrontamiento centrados en el problema, en donde se incluyen la rumiación, persistencia de la respuesta y evaluación negativa, las personas que utilizan con mayor frecuencia estos estilos en sus vidas cotidianas muestran mayor bienestar que quienes utilizan los estilos de afrontamiento centrados en la emoción en donde se incluyen: evitación, enmascaramiento emocional, hostilidad/ agresión y focalización a corto plazo.

De manera general, se observó que antes de la intervención, seis de los nueve participantes utilizaba un estilo de afrontamiento emocional y cuatro utilizaba un estilo de afrontamiento centrado en el problema. Posterior al programa los participantes utilizaban más un estilo de afrontamiento centrado en el problema que un estilo de afrontamiento emocional; lo cual podría ser un indicador del incremento del bienestar en los participantes.

## Resultados obtenidos de las observaciones de cada sesión del Programa

### Psicoeducativo.

Tabla 5

Observaciones de cada sesión del Programa Psicoeducativo.

Sesión	Observaciones grupales
Sesión 1. Información de los padecimientos psiquiátricos	<p>Los participantes mostraron una actitud de disposición y apertura desde el inicio de la sesión, cuando se les permitió hablar de la problemática que vivían con sus familiares, se observó una carga emocional como la tristeza, enojo o culpa lo cual permitió que se cohesionara el grupo y que pudieran identificarse diciendo <i>“ya veo que no soy el único que vive esa situación”</i>. Durante la actividad de psicoeducación de los padecimientos psiquiátricos, manifestaron sus dudas las cuales fueron respondidas por las facilitadoras y por otros miembros del grupo: <i>“Nuestros familiares no son agresivos, más bien es a causa de la enfermedad que ellos actúan en ocasiones de esa forma”</i>.</p> <p>Muchos de los participantes tenían la idea de que el grupo se enfocaría en los cuidados y atención para sus familiares; cuando se presentaron los objetivos y se centró la atención hacia ellos, se mostraron sorprendidos y manifestaron tranquilidad al saber que ellos también tenían la posibilidad de recibir ayuda: <i>“Yo creí que solo venía a que me enseñaran a cómo tratar a mi hijo y ahora veo que es necesario que yo esté bien para que lo pueda ayudar más”</i>.</p>
Sesión 2. Estrés y estrés crónico	<p>Al inicio de la sesión, los participantes se mostraron a la expectativa, no participaron mucho durante la psicoeducación. Cuando comenzaron a identificar sus síntomas de sobre estrés y los estresores que se encontraban en su vida cotidiana, se sorprendieron: <i>“Es verdad, hay veces que yo no tengo ganas de asistir a algún lugar y cuando voy a la fuerza me siento mal, incómoda y voy viendo que es porque representa estrés para mí”</i>.</p> <p>Posteriormente identificaron en dónde sentían el sobre estrés, en general el grupo siente los síntomas de estrés en la cabeza, los hombros y la espalda. Se habló de las actividades que pueden hacer o no hacer para reducir los estresores de su vida cotidiana: <i>“Tengo pensado mudarme de casa, sólo que estoy muy presionada por los gastos que implica y además porque no cuido</i></p>



*bien a mi mamá*” (se hizo una reflexión grupal en donde se mencionó que cualquier cambio representa estrés y cuando es un cambio muy grande puede que no estemos tan preparados para afrontarlo). Se dejó de tarea realizar las actividades durante la semana para reducir los estresores en la vida cotidiana.

Sesión 3.  
Autorregulación  
emocional

Al inicio se habló de las actividades que realizaron en la semana para reducir el estrés y las más frecuentes fueron: realizar rutinas de ejercicio, comer saludablemente, darse un espacio para relajarse y rechazar compromisos sociales innecesarios: *“Esta semana me propuse cancelar un bautizo al que me habían invitado sin que me importaran lo que dijeran de mí al final descansé muy bien ese fin de semana y me hizo sentir mejor”*. Debido a que los puntajes de los instrumentos de Ansiedad y Depresión no fueron tan altos no se manifestó alguna reacción. En la identificación de emociones, en general el grupo mencionó culpa, tristeza y enojo *“lo que más identifico en mí es la tristeza y hoy quiero decirle que estoy harto de cargar con ella y sé que no será fácil que me deje en paz pero voy a hacer todo para quitarla de mi cuerpo”*. Durante las técnicas de relajación el grupo se mostró muy participativo al finalizar los ejercicios manifestaron un estado de tranquilidad: *“Sentí que se me quitaron los dolores de la espalda y me siento muy tranquilo, me dio sueño al principio pero ahorita hasta me siento más activo”*. Se les proporcionó un libro de ejercicios de respiración para que pudieran realizarlos en casa y un autorregistro de tres cosas “buenas” que ocurrieran en su día.

Sesión 4.  
Estilos de  
afrontamiento

Al iniciar la sesión se les preguntó sobre los ejercicios de relajación que se les sugirió para casa, la mayoría mencionó que si se hizo espacio para realizarlos, el autorregistro lo llevaron a cabo pocos participantes: *“Me doy cuenta que tengo muchas razones para despertar todos los días y sonreír”*. Cuando recibieron la retroalimentación de sus estilos de afrontamiento, aceptaron que realmente utilizaban los que se les proporcionaron y preguntaron qué alternativas podían tener. Durante el rol playing representaron situaciones en pareja acorde con el estilo de afrontamiento más usado, todas las parejas crearon una alternativa diferente a la que generalmente usaban para afrontar esa situación. En la última actividad los participantes lograron identificar una creencia que hacía que enfrentaran las situaciones de un modo u otro: *“Soy una persona incapaz de demostrar sus sentimientos o emociones sin que afecte a otras personas*, posteriormente se realizó un ejercicio para modificar esa creencia. Se les pidió que en la semana identificaran qué estilos de afrontamiento utilizaban y hacer algo diferente a

como generalmente enfrentan las situaciones”.

Sesión 5.  
Asertividad y  
comunicación

Al inicio de la sesión los participantes comenzaron a opinar sobre la “tarea”: *“Esta semana me di cuenta de que si hago las cosas diferentes, podría llevarme sorpresas de la gente”*. Cuando se habló sobre la asertividad se mostraron interesados en el tema, se les proporcionó un folleto para ejemplificar el tema. Se habló sobre los derechos asertivos y manifestaron que: *“Jamás había escuchado sobre eso, pero es cierto si yo tengo derecho a decir que no a cosas que no quiero las otras personas también lo tienen y no debo sentirme mal por ello”*. Se habló, además sobre los elementos que interfieren en la comunicación asertiva (Anexo 7). Por último se realizó una actividad para cerrar el año y los participantes manifestaron sentimientos de ilusión y esperanza respecto a su bienestar: *“Agradezco mucho la oportunidad de estar aquí, la verdad es que me he sentido mejor desde que vengo al grupo y ya quiero que regresemos para continuar con las sesiones, tengo ganas de estar bien y voy a trabajar por hacerlo posible”*.

Sesión 6.  
Técnica de solución  
de problemas.

Se les dio la bienvenida al grupo y los participantes hablaron de cómo habían pasado las fiestas de diciembre y de lo que habían estado poniendo en práctica: *“Me fue muy bien con mi familia, estuve practicando lo de la comunicación asertiva, también hice los ejercicios de relajación al despertarme y me hacían empezar mi día de forma diferente. Intenté comer sano pero con estas fiestas la verdad es que no me resistí, eso si no tomé refresco. Me da mucho gusto estar aquí nuevamente en el grupo”*. Se realizó la técnica de solución de problemas en donde se mostraron poco participativos, la mayoría de los problemas que manifestaron fueron económicos y se plantearon en el grupo posibles soluciones, también se presentaron problemas de salud y la posibilidad de cambio de actitud para mejorar la dinámica familiar. Al finalizar los participantes comentaron que esta sesión había sido diferente a las demás, pues fue muy metódica y tenía pocos componentes emocionales: *“No fue como las sesiones a las que nos tienen acostumbrados en donde podemos expresar y sentir un poquito más, pero tal vez es porque yo soy así”*.

La mayoría de los participantes comentaron que sí habían podido llevar a cabo los pasos de la técnica de solución de problemas, aunque les costó trabajo tener días específicos para hacerla: *“Traté de seguir las tareas que programé para cada día, pero creo que no soy tan ordenado, de todas formas sí logré lo que me propuse para esta semana”*. Los participantes identificaron

Sesión 7.  
Técnica de solución de problemas y cierre del programa

que ellos eran personas resilientes, porque a pesar de las adversidades lograron salir de ellas y encontrarse vivos hasta ahora: *“No sabía de la existencia de este término, pero me doy cuenta de que realmente soy una persona resiliente y quiero hacer todo para ser feliz, este grupo me ayudó mucho para darme cuenta de que puedo serlo yo también”*. Se les preguntó cómo habían llegado al grupo, cómo se iban, que fue lo más significativo y qué les faltaba por trabajar. Los participantes agradecieron al grupo haberlos acompañado en el proceso: *“Gracias a todos por haberme escuchado y dejarme opinar sobre sus vidas, antes de esto yo no tenía la posibilidad de contarle mis cosas a alguien y saber que hay más personas que viven lo mismo que yo me hace sentir más tranquila, ojalá se impartieran más grupos así en el futuro y me inviten”*.

*Resultados observacionales de la última sesión del Programa Psicoeducativo*

Tabla 6

*Análisis de los comentarios de la última sesión de los participantes*

	Cómo llegaron al taller	Cómo se van del taller	Aprendizajes del taller	Qué les falta por trabajar
P1	Triste y descuidada	Más “feliz”	Comunicación asertiva  Procurarse más y darse cuenta de conductas que hace y suceden a su alrededor	Autoconocimiento
P2	Desesperada, triste y sin esperanza	Más consiente de mí misma y mis acciones, con más esperanza y ganas de salir adelante	Autocuidado y expresión emocional Ver más por mí misma, hábitos de autocuidado, expresión de las emociones.	Ser más disciplinada para aplicar lo visto en el grupo.
P3	Creuyendo que estaba bien	Tranquila	Hacer cambios en mi personalidad Asertividad	El miedo, seguir aplicando lo aprendido.

P4	Estresada	Más relajada	Autocuidado Herramientas para reducir el estrés	Seguir haciendo espacios para ella
P5	Incrédulo, sin esperarla y desesperado	Más feliz	Relajación y respiración	Seguir aplicando los aprendizajes del grupo.
P6	Alterada	Mejor	Autocuidado, mayor conciencia de sí misma, expresión de las emociones, asertividad. Ejercicios de respiración.	Relajarse más, hacer más ejercicios de relajación
P7	Deprimido	Más contento, ya no tan cansado o triste	Conciencia de sí mismo, técnica de solución de problemas	Asertividad
P8	Mal	Feliz	Respiración, autoconciencia.	Trabajar su angustia
P9	Creo que bien	Sintiéndose más libre	Autoconciencia y de los demás, habilidades sociales.	

---

A partir del análisis del discurso de los participantes en la última sesión del Programa psicoeducativo, se observó que perciben un cambio favorable en su estado anímico después de asistir al Programa.

Los participantes mencionaron que los temas que más les sirvieron fueron: el autocuidado, la comunicación asertiva, la expresión emocional y las técnicas de relajación.

*Resultados del Cuestionario de Satisfacción del Programa Psicoeducativo con  
Intervención Cognitivo Conductual para Familiares de Pacientes con Trastornos de  
Ansiedad y Depresión*

Se describen las respuestas del Cuestionario que los participantes contestaron al finalizar el taller, con el objetivo de conocer su opinión en cuanto a:

- Si los aprendizajes obtenidos del grupo son aplicables en su vida cotidiana
- Si el material utilizado fue oportuno e informativo
- Si el tiempo asignado para la presentación de los temas fue adecuado
- Si el espacio donde se realizó el programa fue adecuado
- Evaluación global del programa
- Sugerencias y observaciones del programa

*Tabla 7*

*Resultados del Cuestionario de Satisfacción del Programa Psicoeducativo con  
Intervención Cognitivo Conductual para Familiares de Pacientes con Trastornos de  
Ansiedad y Depresión*

<b>Preguntas del Cuestionario de Satisfacción</b>	<b>Frecuencias de respuestas</b>		
	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo
C1. ¿Los aprendizajes obtenidos son aplicables en mi vida cotidiana?	0	2	9
C2. ¿Los materiales utilizados fueron oportunos e informativos?	0	1	8
	Inadecuado	Ni adecuado ni inadecuado	Adecuado
C3. ¿Cómo considera el tiempo asignado para la presentación de los temas?	1	2	6

C4. ¿Te pareció adecuado el espacio donde se realizó el programa?	0	0	9
	No satisfactorio	Satisfactorio	Excelente
C5. ¿Qué calificativo le daría?	0	1	8

Lo anterior y de acuerdo a las sugerencias y observaciones que manifestaron los participantes, muestran que se obtuvo una buena aceptación de los contenidos y estructura del Programa psicoeducativo, también expresaron que incluir un mayor número de sesiones a este Programa podría favorecer aún más su estado físico, mental y emocional.

## DISCUSIÓN

A pesar de que los trastornos psiquiátricos tales como la ansiedad y la depresión presentan una alta prevalencia en México (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2002) y que tienen alteraciones biológicas, conductuales y emocionales en los pacientes, no se han evaluado las consecuencias colaterales de estos padecimientos, que pueden llegar a la esfera familiar que presta cuidados o atenciones y pasa la mayor parte del tiempo al pendiente del paciente. En otros padecimientos psiquiátricos como la esquizofrenia, demencias, trastorno límite de la personalidad o trastorno bipolar si se han reportado alteraciones físicas y afectivas en los familiares cercanos (Amezcuca, 2004; Bourgeois, et al., 2002; Gallagher-Thompson, et al., 2000; Garand, et al., 2002; Leal, et al., 2008; Mc Curry, et al., 2003; Regalado, et al. 2011).

Se han creado grupos psicoeducativos con familiares de otras poblaciones con trastornos psiquiátricos, con el objetivo de mejorar o incrementar las habilidades de un familiar que cuida, para manejar las situaciones de cuidado, disminuir los síntomas físicos y el malestar psicológico que pueden experimentar, en general se han basado en el aprendizaje de habilidades y obtener apoyo emocional y han mostrado eficacia, sin embargo, en el sector salud en México, respecto a la población de familiares que cuidan a pacientes con ansiedad o depresión no se han encontrado evaluaciones o intervenciones para atender las necesidades psicológicas que requieren, el único antecedente es una guía psicoeducativa para el personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales entre ellas ansiedad o depresión (Rascón, et al., 2011). No

obstante, este tipo de guía se enfoca más en capacitar al personal o familiar sobre los cuidados del paciente y deja de lado el autocuidado del familiar que cuida.

Este estudio evidencia la necesidad y la pertinencia de realizar evaluaciones e idear tratamientos para esta población poco estudiada para contribuir en el desarrollo del conocimiento y estrategias que favorezcan la salud integral de las personas que cuidan. El beneficio abarca a integrantes de la familia y también permite aumentar la adherencia al tratamiento por parte del paciente afectado directamente por el trastorno.

En este estudio se evaluó a los familiares para detectar sus características sociodemográficas y necesidades psicológicas. Los datos recabados indican que en esta muestra la mayoría no realizaba una actividad remunerada debido al tiempo dedicadas al cuidado que en promedio son 13 horas al día, lo cual es un indicador de la severidad del trastorno que padecen las personas a quienes cuidan y la incapacidad de los pacientes de realizar sus actividades como solían, sin embargo, esto también podría significar que existe una hipervigilancia constante por parte de los familiares, la cual conlleva a la falta de autocuidado y malestar emocional por procurar la estabilidad y el bienestar de su familiar. Una característica más en esta muestra, es que la mayoría de las personas que brindan cuidados y atenciones, son las madres o padres de las personas que padecen algún trastorno de ansiedad o depresión.

En cuanto a las necesidades de atención psicológica, se encontró que perciben cambios en su persona y dinámica familiar principalmente desde la aparición del trastorno psiquiátrico en uno de los integrantes de su familia, las



áreas que los participantes mencionaron con mayores repercusiones fueron la económica y actividades laborales. En el contexto familiar, se enfatizaron las dificultades para relacionarse con su pareja o con la persona que tiene el trastorno, conflictos para afrontar el padecimiento de su familiar, percepción de cambios en su salud física y emocional, falta de tiempo libre y pocas redes de apoyo social. Lo anterior podría compararse con lo descrito por otros estudios que describen los síntomas como: afectaciones en la vida familiar en cuanto a las tareas de casa, relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal, tiempo libre, la economía, la salud mental y el malestar subjetivo relacionado con la enfermedad; reportados en cuidadores primarios informales en otras poblaciones (Martínez, Nadal, et. al, 2000).

Los familiares, aunque no cuentan con un diagnóstico clínico de ansiedad o de depresión, como los pacientes que viven con ellos, también presentan algunos síntomas de estos trastornos como: cansancio, fatiga, falta de fuerza física, hostilidad, somatizaciones como dolores, tristeza, aislamiento, agotamiento o sentimientos de culpa. Lo anterior también es reportado en cuidadores primarios informales de personas con un alto grado de dependencia (Rundfeld, 2004).

Los resultados de la evaluación inicial de esta investigación, evidenciaron la necesidad de implementar un plan de tratamiento para colaborar en la reducción de los malestares reportados por los familiares, se ha encontrado que las intervenciones psicoeducativas y los grupos psicoterapéuticos han sido eficaces en disminuir las consecuencias negativas del cuidado, especialmente los que están basados en modelos de afrontamiento del estrés o en modelos conductuales

(Lazarus y Folkman, 1984). Las intervenciones psicoeducativas han sido clasificadas como empíricamente válidas, de acuerdo a los criterios de la División de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología (Chambless, et al., 1996) considerando lo anterior, las características de la Institución y las particularidades de la muestra se optó por realizar una intervención que pudiera atender las necesidades evaluadas, cuyo objetivo general fue: Aplicar un programa psicoeducativo basado en estrategias cognitivo conductuales para que los familiares de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión adquieran herramientas y habilidades que contribuyan al cuidado de su salud física, mental y emocional.

Los temas que se abordaron surgieron a partir de las necesidades de atención psicológica detectadas en la población participante los cuales fueron: psicoeducación de los padecimientos psiquiátricos, pues se reporta que la mayoría de los familiares desconocen en qué consisten los trastornos que tienen los pacientes y esto puede repercutir en la dinámica familiar y la adherencia al tratamiento; identificación de síntomas de estrés, ya que se observó un aumento en los estresores y síntomas por los cuidados, atenciones al familiar y cambios que la enfermedad concierne; autorregulación emocional pues se reportó que los sentimientos y emociones que se generan alrededor de la presencia de un familiar con un trastorno de ansiedad y/o depresión, entre ellos los sentimientos de culpa o tristeza, pueden contribuir en la problemática familiar y limitar el manejo del trastorno; comunicación asertiva, que está relacionada con las problemáticas que se viven dentro de la dinámica familiar y la dificultad para relacionarse

adecuadamente con el paciente; estilos de afrontamiento, ya que se observó que la forma de hacerle frente a una situación que se relacione con el trastorno puede contribuir o afectar el bienestar de los integrantes de la familia; por último, la técnica de solución de problemas, que está relacionada con la capacidad de afrontar situaciones, permitiendo la identificación y resolución de problemas de la vida cotidiana que surgieron tras el diagnóstico del familiar y que aumentan los síntomas de depresión o ansiedad en la persona que cuida.

Los resultados obtenidos antes y después de la intervención muestran la eficacia de la misma: se observó una disminución de síntomas de ansiedad y depresión a nivel categórico a pesar de no encontrarse diferencias estadísticamente significativas. Después de la aplicación del programa todos los participantes en el Inventario de Depresión de Beck se colocaron en el nivel más bajo (depresión mínima) de acuerdo a las normas de calificación de esta prueba; en cuanto a los síntomas de ansiedad, también se observó un cambio en seis de los nueve participantes, los cuales puntuaron un nivel más bajo de acuerdo a las normas de calificación del inventario.

Es importante señalar, que a pesar de que en los instrumentos no muestran puntajes muy elevados, lo cual podría deberse a la falta de sensibilidad de los mismos, los discursos de los participantes en la evaluación inicial datan de la presencia de síntomas de ansiedad y depresión como se describe en párrafos anteriores. Después de la Intervención, el cambio del discurso de los participantes denota un aumento en su bienestar emocional de los participantes.

La presencia de síntomas de ansiedad y de depresión en esta muestra también se han reportado en familiares de otras poblaciones que cuidan, lo que evidencia que existe un mayor riesgo de experimentar estos síntomas en comparación con el resto de la población, por lo que se sugiere que las exigencias constantes de cuidar o atender, pueden ser determinantes para la aparición de síntomas del estado de ánimo (Rundfeld, 2004; Domínguez, et al., 2012).

Existen estudios en donde se evalúa el impacto que tiene un trastorno psiquiátrico en la vida de las personas; en los que se reportan afectaciones en áreas como: disminución en el tiempo para realizar actividades de ejercicio, cuidar sus hábitos de salud, tiempo libre o para dedicar a su vida social (Martínez, Nadal, Beperet & Mendióroz, 2000; Roca, et al., 2000). El Perfil de estrés de Nowak evalúa áreas similares a las reportadas en la literatura, los resultados obtenidos del grupo antes y después del Programa psicoeducativo, muestran que las puntuaciones de los participantes se elevan en las áreas de hábitos de salud, ejercicio, alimentación, descanso/sueño, prevención, red de apoyo social y bienestar psicológico, mientras que las áreas de estrés, conglomerado ARC y conducta tipo A disminuyen, lo que en ambos casos implica un beneficio para la salud.

De igual forma, la carga familiar, referida a los cuidados o atenciones hacia una persona, se ve influida por factores como la disponibilidad de redes de soporte social (Bernejo & Mercédez, 2005, Domínguez, et al., 2012) y la percepción de bajo apoyo social (Domínguez, et al., 2012). Cabe destacar que las áreas de ejercicio y red de apoyo social, cuyos puntajes se encontraban entre los

límites normales y los de riesgo para la salud de los participantes, se elevaron después de la aplicación del programa observándose un aumento de la actividad física y mayor percepción de apoyo social.

El puntaje grupal del perfil de estrés de Nowak después del Programa psicoeducativo en cuanto al uso frecuente de algún estilo de afrontamiento, muestra un aumento en el uso de la valoración positiva y la concentración en el problema en lugar de utilizar más la valoración negativa. El uso de la valoración positiva es una estrategia que permite que la persona se concentre en los aspectos positivos de una situación, reduciendo el impacto de los problemas o frustraciones frecuentes, visualizando una solución positiva para un problema en lugar de utilizar la valoración negativa que se caracteriza por concentrarse en los peores aspectos o consecuencias de una situación, lo que conlleva a una resolución insatisfactoria de los problemas. Además, el uso de la concentración en el problema favorece la realización de intentos activos por cambiar su conducta o los estresores ambientales mediante planes de acción específicos. El aumento en el puntaje de ambas estrategias sugiere que los participantes puedan afrontar situaciones adversas con mayor eficacia, generando menor malestar emocional.

Un indicador que podría representar una disminución de los síntomas de estrés que manifestaron los participantes a nivel cuantitativo y cualitativo, de acuerdo a lo que ellos reportaron, es la realización de actividades que permitiera disminuir el número de estresores en su vida como: cancelar eventos sociales, aumento de la ingesta de alimentos saludables y agua, aumento de ejercicio y

técnicas de relajación y la adquisición de estrategias para identificar sus niveles de estrés.

Otra de las áreas en donde el Programa tuvo impacto fue en los resultados obtenidos en el Inventario de Estilos de afrontamiento, antes de la intervención se observó de forma grupal, que los estilos más utilizados por los participantes fueron: focalización a corto plazo, rumiación y enmascaramiento emocional. Después de la intervención el estilo más frecuente fue la evitación y otros estilos como rumiación, enmascaramiento emocional, focalización a corto plazo y persistencia de la respuesta se usan en la misma proporción. Es importante este cambio en el análisis grupal, pues da una referencia de que después del programa, los participantes fueron capaces de utilizar no sólo una sino varias estrategias para afrontar las situaciones de la vida cotidiana.

Existen investigaciones referentes a los estilos de afrontamiento que suelen utilizar cuidadores primarios informales y las repercusiones que estos tienen en su salud física y mental, se ha observado que aquellos que usan estrategias centradas en el problema (rumiación, persistencia de la respuesta y evaluación negativa) suelen mostrar mayor bienestar a diferencia de las personas que utilizan estrategias centradas en la emoción (evitación, enmascaramiento emocional, hostilidad o agresión y focalización a corto plazo) (Badía, 2002; Coletto & Camaras, 2009, Gerson, et al., 2011; Van Andel, et al., 2011). Lo que se observó de forma general en los participantes de esta investigación es que después de la intervención seis de los nueve participantes utilizaron como principal estilo de

afrontamiento uno centrado en el problema lo cual, podría representar mayor bienestar en ellos.

Los discursos de los participantes muestran que saber qué estilos de afrontamiento utilizaban con mayor frecuencia les permitió conocer y poner en práctica alternativas que les permitieran modificar la forma de afrontar situaciones que vivían día a día y que en algunos casos les generaba malestar como en la forma de comunicarse asertivamente con sus familiares y otras personas en lugar de ocultar o ignorar lo que verdaderamente sienten o piensan.

De acuerdo al análisis de los discursos emitidos por los participantes, se observó que en el transcurso de las sesiones, aumentó la comunicación entre los miembros del grupo y las terapeutas, los participantes mostraron motivación y apertura para realizar las actividades durante la sesiones y también fuera de ellas. Lo anterior podría representar que las sesiones, permitieron que los miembros del grupo comenzaran a identificar las situaciones y síntomas de malestar emocional, así como la aceptación de que no sólo sus familiares, por estar diagnosticados con algún trastorno necesitaban recibir ayuda profesional, sino que también a ellos les había afectado en diferentes aspectos de su vida, entre ellas física y emocionalmente.

Al finalizar las sesiones del programa se solicitó a los participantes que evaluaran la intervención, mencionando cómo eran antes de iniciar, cómo se iban, qué aprendizajes habían sido los más significativos para ellos y qué les faltaba por trabajar, además se realizó un cuestionario breve para evaluar los materiales, tiempo, espacio y si los temas fueron convenientes y útiles para ellos. En general

los participantes mencionaron que había sido muy significativo el programa para ellos, porque pudieron darse cuenta que también necesitan ayuda para poder colaborar de mejor forma con su familiar, mencionaron que había sido muy importante conocer a otras personas con las mismas problemáticas. Los temas que les ayudaron más de acuerdo a su discurso fueron: el autocuidado, asertividad y las técnicas de relajación; en cuanto a lo que les faltaba por trabajar, la mayoría dijo que continuar aplicando lo aprendido en su vida cotidiana.

Un indicador que se considera para la adherencia terapéutica es un alto porcentaje de asistencia a las sesiones del tratamiento (Espín- Andrade, 2009). En el grupo se obtuvo un porcentaje de asistencia del 96.8% a las sesiones del Programa Psicoeducativo, lo anterior aunado con los resultados del cuestionario de evaluación del programa y los discursos finales de los participantes reflejan que hubo una alta adherencia y motivación por parte de los participantes para incrementar su autocuidado y que la estructura del programa, que se diseñó de acuerdo a las necesidades detectadas en la evaluación inicial, hizo que los participantes se sintieran validados, comprendidos y pertenecientes a este grupo.

Es necesario utilizar diferentes tipos de estrategias o medios para incrementar la asistencia a este tipo de programas psicoeducativos, ya que dentro del estudio se evaluaron a distintos familiares que mostraron problemas personales y familiares por la presencia de un trastorno psiquiátrico en uno de los integrantes de su familia, pero que por diferentes causas, como desconocer la relevancia de la patología mental, falta de tiempo, debido a que tienen que cumplir con obligaciones laborales, tiempo invertido en los cuidados de su familiar,



situaciones económicas o gastos que genera la enfermedad en la familia, no pudieron asistir al programa.

Se considera que es importante la divulgación de las afectaciones que traen consigo los trastornos de ansiedad y depresión, no sólo en los pacientes diagnosticados, sino también en los miembros de la familia encargados de brindar cuidados o atenciones al paciente por medio de folletos o carteles proporcionados por el personal de salud que atiende a los pacientes. Otra forma de contribuir con la prevención y atención dirigida a los familiares sería mediante capacitaciones que presenten información sobre dichos trastornos y las consecuencias en familiares o cuidadores, a otros profesionales de la salud como trabajadores sociales, médicos generales, psiquiatras o enfermeras que están en contacto con los pacientes y sus familias.

Este trabajo evidenció que los familiares de pacientes con Trastornos de ansiedad y depresión presentan síntomas físicos y emocionales que repercuten en su bienestar, los cuales están relacionados con los cuidados y atenciones que se brindan a un miembro de la familia con un trastorno. Esta investigación, en términos generales, cumplió con el objetivo general de desarrollar un Programa Psicoeducativo Cognitivo-Conductual para Familiares de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que permitiera visibilizar las necesidades psicológicas e incrementar el bienestar emocional de esta población, lo cual puede verificarse con la modificación de los niveles de ansiedad, depresión, estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de

afrontamiento y bienestar psicológico presentados en los resultados de esta investigación.

## CONCLUSIONES

Esta investigación enfatiza la importancia de la detección y evaluación de las necesidades de los familiares encargados de cuidar a pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad y depresión así como la aplicación de un modelo de programa psicoeducativo que brinde al familiar un mayor conocimiento de los padecimientos psiquiátricos, el desarrollo de habilidades y estrategias para afrontar las situaciones que trae consigo un trastorno de ansiedad o depresión, así como mejorar la comunicación, la autorregulación emocional, incrementar las actividades de autocuidado y la identificación de síntomas de estrés crónico. Las ventajas de esta intervención son que la información resulta accesible a los participantes, es una intervención de corta duración y con contenidos específicos.

Todos los familiares que asistieron al programa psicoeducativo reportaron haber concientizado la importancia del autocuidado y llegar a la conclusión de que si ellos se encontraban en un buen estado de salud física y emocional, tendrían mayor posibilidad de afrontar la situación con el familiar diagnosticado con ansiedad o depresión.

En estos programas se busca, además, fomentar la participación activa en el tratamiento del paciente y el bienestar en cada uno de los miembros de la familia; lo cual podría tener repercusiones a corto plazo, ya que habría un beneficio no sólo para el paciente diagnosticado, sino también para las personas que lo rodean, mejorando la dinámica familiar y aumentando la adherencia al tratamiento del paciente.

Esta investigación es un primer indicio de que existe la necesidad de abordar a una población poco estudiada, por lo que este trabajo espera sensibilizar a otros profesionales de la salud y al público en general, acerca de la importancia y repercusiones en el bienestar físico, mental y emocional de los trastornos de ansiedad y depresión, no sólo en los pacientes que están diagnosticados, también en los familiares que acompañan, atienden y brindan cuidados a estas personas.

## SUGERENCIAS

La presente investigación evidencia las necesidades de atención psicológica de una muestra de familiares que cuidan a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión y que la aplicación del Programa Psicoeducativo con Intervención Cognitivo-Conductual cumple con el objetivo de que los familiares adquirieran herramientas y habilidades que contribuyeran al cuidado de su salud física, mental y emocional.

En el transcurso de este proyecto surgieron nuevas interrogantes, las cuales se describirán a continuación para ampliar este campo de estudio con futuras investigaciones.

Realizar seguimientos es de utilidad para conocer el alcance de las intervenciones psicoterapéuticas a través del tiempo y en las áreas en donde son utilizadas las habilidades y beneficios adquiridos; por lo anterior, se sugiere realizar seguimientos en periodos de seis meses en adelante para observar el alcance de los beneficios del programa, evaluando si las habilidades adquiridas por los participantes fueron generalizables en otros ámbitos de su vida y si permanecieron en su repertorio.

La literatura refiere que entre siete y diez sesiones son suficientes para llevar a cabo intervenciones psicoeducativas eficaces (Gallager- Thompson, et al. 2000), sin embargo, los participantes de este estudio refirieron el interés de llevar a cabo más sesiones, para poder profundizar en cada una de las temáticas abordadas. Desde el punto de vista de los aplicadores, se considera que ahondar

en los temas del programa permitiría verificar que los aprendizajes, habilidades y beneficios del proceso se consoliden; por ello para futuras intervenciones se recomienda llevar a cabo un mayor número de sesiones.

Durante las intervenciones podrían darse casos en donde los síntomas de ansiedad, depresión o estrés aumenten en lugar de disminuir como se espera, situación que se presentó en dos participantes que mostraron un aumento en sus síntomas de ansiedad o depresión lo que podría estar relacionado con que lograron una mayor atención y sensibilización en sí mismos que permitiera una identificación mayor de sus síntomas físicos y emocionales, por lo que se sugiere realizar entrevistas a profundidad al finalizar la intervención, que permita indagar sobre esta hipótesis.

A pesar de haber realizado una selección de pruebas, tomando en cuenta las variables a medir y el tipo de población abordada, los instrumentos utilizados en este estudio, podrían no ser lo suficientemente sensibles para la detección de necesidades psicológicas de esta población, por lo que se recomienda crear una evaluación más específica para familiares que cuidan y atienden a personas diagnosticadas con ansiedad y depresión.

Debido a la naturaleza de este estudio, no es posible generalizar los datos obtenidos de esta muestra de personas que cuidan o atienden a familiares que son pacientes con ansiedad y depresión, por lo que se considera pertinente que en futuras investigaciones se continúe evaluando e interviniendo a esta población poco abordada para consolidar o contrastar los resultados de este trabajo.

## REFERENCIAS

- Aguilar, G., & Musso, A. (2008). La meditación como proceso cognitivo-conductual. *Suma Psicológica*, 15(1), 241-258.
- Albuquerque, E. P. T. D., Cintra, A. M. D. O., & Bandeira, M. (2010). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. *J. bras. psiquiatric* 59(4), 308-316.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editorial. Recuperado de: file:///C:/Users/lety/Documents/9%20semestre/tesis/art%C3%ADculos/DSM%20V.pdf
- Ancelin, M. L., Scali, J., Norton, J., Ritchie, K., Dupuy, A. M., Chaudieu, I., & Ryan, J. (2016). Heterogeneity in HPA axis dysregulation and serotonergic vulnerability to depression. *Psychoneuroendocrinology*.
- Anderson, C., Reiss, D., & Hogarty, G. (1986). Esquizofrenia y familia. *Guía práctica para la educación*. Argentina: Amorrortu.
- Badia, C.M. (2002). *Estrés y afrontamiento en familias con hijos afectados de parálisis cerebral*. Salamanca: INICO.
- Baeza, N.J.C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, I., & Guillamón, M. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Diaz de Santos: España.
- Baltar, A. L. (2006). Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia: El papel de los pensamientos

disfuncionales. Premio Insero "Infanta Cristina". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Beck, A.T. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*, 55(1), 74-80.

Bernejo, C., C y Mercedes, M., M. (2005). Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Investigación*, 11, 1-7.

Bourgeois, M. S., Schulz, R., Burgio, L. D., & Beach, S. (2002). Skills Training for Spouses of Patients with Alzheimer's Disease: Outcomes of an Intervention Study. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(1).

Brodsky, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*, 11(2), 217-228.

Bulacio, J. M., Vieyra, M.C, Álvarez, D.C., & Benatuil, D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires*, Buenos Aires.

Carlson, N.R. (2006). *Fisiología de la conducta*. 8ª Ed. España: Pearson.



- Carretero, G.S., Garcés, G.J., & Rodenas, R. F. (2006). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. *Al día*, 27(28), 29-30.
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 49(1), 74-79.
- Castel Branco, I. (2015). *Respira*. México: Fragmentada.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A., & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- Coletto, M., & Camara, S. (2009). Estrategias de afrontamiento y percepción de la enfermedad en padres de niños con enfermedad crónica: contexto del cuidador. *Revista diversitas*, 5 (1), 97-110.
- Cruz, R. Z., & Cardona, P. C. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Red Colombiana de Psiquiatría*, 36, 26-39.
- Docherty, A. R., Edwards, A. C., Yang, F., Peterson, R. E., Sawyers, C., Adkins, D. E., & Kendler, K. S. (2017). Age of onset and family history as indicators of polygenic risk for major depression. *Depression and Anxiety*, 34(5), 446-452.

- Domínguez, V. N. (2016). *Efecto de la terapia cognitivo conductual breve en pacientes con depresión: estudio de línea base múltiple*. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología UNAM, México.
- Domínguez, J.A., Ruiz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., & Izquierdo, M.T. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 38 (1), 16-23.
- Durán, H.M A. (2006). Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. *Revista del Ministerio de trabajo e inmigración*, 60, 57-74.
- Duval, F., González, F., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 307-318.
- Espín Andrade, A. M. (2009). Escuela de Cuidadores como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35 (2).
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Ferrali, J., C., Herlyn, S., Saidman, N., & Martínez-Glattli, H. (2014). *Psicopatología. Psicopatología y Psicofarmacología en atención primaria*. Para médicos generalistas, psicólogos y trabajadores de la salud mental.
- Fresan, A., Apiquian R., Ulloa, R., Lozaga., C., García, M., & Gutiérrez (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud Mental*. 24(4), 36.

Gabalda, I. C. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Desclée de Brouwer.

Gallagher-Thompson, D., Coon, D. W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y., & Thompson, L. W. (2003). Change in indices of distress among Latino and Anglo female caregivers of elderly relatives with dementia: site-specific results from the Reach national collaborative study. *The Gerontologist*, 43(4), 580-591

Gallagher-Thompson, D., Aréan, P., Coon, D., Menéndez, A., Takagi, K., Haley, W.E., Argüelles, T., Rubert, M., Lowenstein, D. y Szapocznik, J. (2000). Development and Implementation of Intervention Strategies for Culturally Diverse Caregiving Populations. En R. Schulz (ed.), *Handbook on Dementia Caregiving. Evidence-Based Interventions for Family Caregivers*. Nueva York: Springer.

Gallagher-Thompson, D. & DeVries, H.M. (1994). Coping with frustration classes: Development and preliminary outcomes with women who care for relatives with dementia. *Gerontologist*, 34(4), 548-552.

Gallagher-Thompson, M. E. T., Lovett, S., Rose, J., McKibbin, C., Coon, D., Futterman, A., & Thompson, L. W. (2000). Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6(2), 91-110.

Gallardo Vargas, R. Baron Hernández, D. & Cruz Menor, E. (2012). Fundamentación de un diseño metodológico para la evaluación del

cuidado informal en enfermos de Alzheimer. *Revista de Ciencias Médicas*. 16, (3) 195-209.

Garand, L., Buckwalter, K. C., Lubaroff, D. M., Tripp-Reimer, T., Frantz, R. A., & Ansley, T. N. (2002). A pilot study of immune and mood outcomes of a community-based intervention for dementia caregivers: the PLST intervention. *Archives of psychiatric nursing*, 16(4), 156.

García, M. M. Á. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, (6), 18-39.

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

García-Grau, E., Escolano, A. F., & López, A. B. (2009). *Manual de Entrenamiento en Respiración*. Universidad de Barcelona.

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

Gómez, M.M.G. (2007). Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. *Investigación y educación en enfermería*, 25(2), 60-71.

Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2009). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 49

(002) Recuperado de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>

Gutiérrez-Rojas, L., Martínez-Ortega, J., M., & Rodríguez-Martín, F., D., (2013). La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. *Anales de Psicología*, 29(2), 624-632. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.124061>

Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., & Bartolucci, A. A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and aging*, 2(4), 323-330.

Hepburn, K. W., Lewis, M., Sherman, C. W., & Tornatore, J. (2003). The Savvy Caregiver Program: Developing and testing a transportable dementia family caregiver training program. *The Gerontologist*, 43(6), 908-915.

Herlyn, S. (2012). *Bases biológicas de la ansiedad*. Universidad de Buenos Aires.

Honig, A., Hofman, A., Rozendaal, N., & Dingemans, P. (1997). Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry research*, 72(1), 17-22.

Izal, M. y Montorio, I. (2006). *Gerontología conductual: intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Editorial Síntesis.

Knight, B. G., Silverstein, M., McCallum, T. J., & Fox, L. S. (2000). A sociocultural stress and coping model for mental health outcomes among African

American caregivers in Southern California. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(3), P142-P150.

Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5):229–240.

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

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. *The handbook of behavioral medicine*, 282-325.

Leal, M., Sales,R., Ibáñez, E., Giner, J., & Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Española Psiquiatría*, 36(2), 63- 69.

López, J., & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19(1), 72-80.

Losada-Baltar, A., Fernández de Trocóniz, I.M., Montorio-Cerrato, I., Márquez-González, M., & Pérez-Rojo, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38(8), 701-708.

- Losada, A., Knigut, B.G., & Márquez, M. (2003). Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables.
- Losada, A., Márquez- González, M., Peñacoba, C., Gallagher- Thompson, D., & Knigh, B. G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología conductual*, 15 (1), 57- 76.
- Losada-Baltar, A., Montorio- Cerrato, I., Fernández de Trocóniz, M. I., Márquez González, M., 2006. Estudio de intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia: el papel de los pensamientos disfuncionales. *Premio Imserso" Infanta Cristina". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.*
- Losada, A., Montorio, I., Knight, B. G., Márquez, M., & Izal, M. (2006). Explanation of caregivers distress from the cognitive model: the role of dysfunctional thoughts. *Psicología Conductual*, 14(1), 115.
- Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M., & Mendióroz, P. (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *In Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23, 101-110.
- Martínez, B., S., Sáiz, M., P., & García-Portilla, G.,M. (2008).Trastornos de ansiedad en atención primaria. *Jano*,1754, 9-14.
- McCurry, S. M., Gibbons, L. E., Logsdon, R. G., Vitiello, M., & Teri, L. (2003). Training Caregivers to Change the Sleep Hygiene Practices of Patients

with Dementia: The NITE- AD Project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1455- 1460.

McKay, M., Fanning, P. & Zurita, O., P. (2011). *Mind And Emotions: A universal treatment for emotional disorders. Work book Edition.*

Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., & Suddath, R. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological psychiatry*, 48(6), 582-592.

Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2009). Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder: Basic Processes and Relevant Interventions. *Clin Psychol* 16(2), 281-296.

Minuchin S. (1995). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Mockus Parks, S. & Novielli, K. D. (2000). A practical guide to caring for caregivers. *American Family Physican*, 15, 2215- 2219.

Montaño, R. (2013) Grupos de autoayuda (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México.

Montorio, I., Díaz, P., & Fernández, M. I. (1995). Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 3(30), 157-168.

Morano, C. L., & Bravo, M. (2002). A psychoeducational model for Hispanic Alzheimer's disease caregivers. *The Gerontologist*, 42(1), 122.



- Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*, 15(2), 143-152.
- Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y emoción*, 1, 22-30.
- Moya, P. (2014). Mini-revisión: Variantes genéticas del transportador de serotonina en trastornos neuropsiquiátricos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 52(2), 115-122.
- Muñoz, M. D. C. L., Medina-Mora, M. E., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4-11.
- National Institute of Mental Health (2001). Women Hold Up Half the Sky. Publicación 01-4607 Bethesda, MD.
- Nowack, K. (2002). *Perfil de estrés. México: El manual moderno*.
- Olabarría, B. (2009). Ensanchar las fronteras de nuestra comprensión sistémica acerca del surgimiento y configuración relacional de los trastornos de personalidad. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 305-320.
- Ochoa, I. (1995). Enfoque en terapia familiar sistémica. Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos mentales y

del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.

Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Guía de Intervención mhGPA para los trastornos mentales, neurológicos y por su uso de sustancias en el nivel de salud no especializada*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud (08 de enero, 2011). Trastornos de ansiedad.

Organización Mundial de la Salud (13 de abril, 2013). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)

Organización Mundial de la Salud. (Febrero/2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Palacios-Espinosa, X., & Jiménez-Solanilla, K. O. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en psicología latinoamericana*, 26(2), 195-210.

Palomo, M.T.M. (2008). Los cuidados y las mujeres en las familias. *Política y sociedad*, 45(2), 29-48.

Payne, R. A. (2005). *Técnicas de relajación*. Editorial Paidotribo.

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

- Rascón, G.M.L., Hernández, D.V., Casanova, R.L., Alcántara, C.H. & Sampedros, S.A. (2011). *Guía psicoeducativa para personal de la salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente: México.
- Regalado, P., Pchon, C., Stoewsand, C., & Gagliese, P. (2011). Familiares de personas con Trastorno Límite de la personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 245- 252.
- Rivera, B., Casal, B., & Currais, L. (2009). Provisión de cuidados informales y enfermedad de Alzheimer: valoración económica y estudio de la variabilidad del tiempo. *Revista de Economía Pública*, 189, 107-130.
- Rivera, J., Rivera, S., & Zurdo, A. (1999). El cuidado informal a ancianos con demencia: análisis del discurso. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 9, 225-232.
- Roca, E., & Roca, B. (2004). *Cómo superar el pánico:(con o sin agorafobia)*. ACDE.
- Roca, M. R., Úbeda Bonet, I., Fuentesalz, G. R., López P.A., Pont, R.A., García, V. & Pedreny O., R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*, 26(4), 217-223.
- Rodríguez- Correa, P. (2008). *Ansiedad y soberactivación: Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. España: Desclée De Brouwer

- Rodríguez Moya, L., & Peláez, J. C. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción psicológica*, 10(1), 75-84.
- Roca, R., M., Ubeda, B., I., Fuentelsaz, G., C., López, P., R., Pont, R., A., García, V., L., & Pedreny, O., R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*, 26(4), 217-223.
- Ruiz- Roberillo, N. & Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de motivación y emoción*, 1, 22-30.
- Salanova, M. P., & Lezaun, J. J. Y. (1997). Apoyo informal y demencia: ¿es posible explorar nuevos cambios? *Psychosocial Intervention*, 6(1), 37-52.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación* (Vol. 707). México: McGraw-Hill.
- Sánchez-Pascual, P., Mouronte-Liz, P., & Olazarán-Rodríguez, J. (2001). Beneficios de un programa de formación del cuidador en la demencia: experiencia piloto desde la enfermería especializada. *Revista de Neurología*, 33(5), 422-424.
- Sandín, B., Valiente, R. M., & Chorot, P. (2009). RCADS: evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 193-206.
- Sank, L.I & Shaffer, C.S. (1984). *Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos*. Desclée de Brouwer:EUA.

- Savage S. & Bailey, S. (2004). The impact of caring on caregivers mental health: A review of the literature. *Australian Health Review*, 27, 111-117.
- Serrano, M.M., Ortega, J.J., Matoses, M.L., & Magraner, P.P. (2003). Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención primaria*, 32(2), 77-83.
- Sierra, J. C., Zubeidat, I., & Fernández Parra, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 6(2), 472-517.
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 9-20.
- Shiah, I. S., & Yatham, L. N. (1998). GABA function in mood disorders: an update and critical review. *Life sciences*, 63(15), 1289-1303.
- Sorensen, Pinquart, Duberstein. How effective are interventions with caregiver? An update meta- analysis. *The Gerontologist*, 42 (3), 356-72.
- Stahl, S. M. P., & Simón, V. (2009). Psicofarmacología esencial/ Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Barcelona: Ariel.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.
- Thase, M. E., Jindal, R., & Howland, R. H. (2002). Biological aspects of depression.

- Toseland, R.W. y Rossiter, C.M. (1989). Group interventions to support family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*, 29, 438-448.
- Úbeda, B.I. & Roca, R.M. (2008). ¿Cómo repercute el cuidar en los cuidadores familiares de personas dependientes?. *Nursing*, 26(10), 62-66.
- Van Andel, J., Westerhuis, W., Zijlmans, M., Fischer, K., & Leijten, F. (2011). Coping style and health related quality of life in caregivers of epilepsy patients. *Journal of neurology*, 258 (10), 1788-1794.
- Vázquez, F. L., Hermida, E., Díaz, O., Torres, Á., Otero, P., & Blanco, V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 178-188.
- Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. & Gallo, J.J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11. Recuperado en 16 de marzo de 2017, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es&tlng=es)
- Whittier, S., Coon, D., & Aaker, J. (2002). Caregiver Support interventions. *Washington, DC: National Association of State Units on Aging.*
- Zambrano, C.R., & Ceballos, C.P. (2007). Caregiver Burden Syndrome. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 26-39.

Zarit, S. H. (1990). Interventions with frail elders and their families: Are they effective and why. *Stress and coping in later life families*, 241-265.

## APÉNDICES

Apéndice 1. Cartel del Programa utilizado para reclutar a los participantes





## Apéndice 2: Folleto utilizado para invitar a los participantes a la intervención

### ¿Qué pasará en este taller?

¿Has sentido que ya no puedes más?, ¿Sueles sentirte muy cansado o triste?, ¿Sientes que ya no puedes resolver problemas?, ¿Crees que tienes conflicto para dormir o comer bien?

Este taller te ayudará a descubrir herramientas y habilidades que podrán contribuir a tu salud física mental y emocional.



#### ASPECTOS IMPORTANTES

El apoyo familiar es un factor importante para los pacientes que padecen algún trastorno mental para mejorar la adherencia a su tratamiento y su readaptación a la vida cotidiana. La prestación de cuidados a estos pacientes puede provocar repercusiones negativas en la salud física y mental de los cuidadores..

Si esto continúa puede llegar a desarrollarse el Síndrome de la carga del cuidador, que se refiere a que los cuidadores pueden llegar a manifestar dificultades tales como malestar físico y mental, está caracterizada principalmente por sentimientos de carga, estrés y tristeza.

Facultad de  
Psicología  
UNAM

Instituto Nacional de Psiquiatría Juan  
Parrón de la Fuente

### Taller: “Ayudándome lo ayudo”

Taller para familiares que también son cuidadores.



DIRIGIDO POR:  
Psic. Diana Olivier del Ángel  
Psic. Leticia Vargas Reyes  
SUPERVISORA: Dra. Patricia Campos

#### TEMAS DEL TALLER

1. ¿Qué sucede en mi vida cotidiana y en la de mi familiar?: Psicoeducación de los padecimientos psiquiátricos (Trastornos de ansiedad)
2. ¿Qué hago cuando me siento mal física o emocionalmente?: Autorregulación emocional
3. ¿Qué hago para afrontar las situaciones difíciles de mi vida?: Estilos de afrontamiento
4. Los problemas que existen en mi vida ¿Los he solucionado de forma satisfactoria?: Técnica de solución de problemas



#### Por qué hacemos esto

Somos los únicos responsables de nuestro bienestar y en nuestro deber como persona ayudamos, apoyamos y colaboramos con nuestro propio bienestar; para que así podamos ayudar de mayor forma a nuestros seres queridos.

Por ello creemos útil y responsable crear intervenciones específicas para llevar el bienestar a personas que aunque no pareciera lo requieren.

¡Te invitamos a que descubras la forma de sentirte bien a través de ti mismo!

“ No hay deber que descuidemos tanto como el deber de ser felices”

### Apéndice 3: Entrevista semiestructurada para los familiares

#### Entrevista

Nombre:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Ocupación:

Estado civil:

- ¿Quién es su familiar y cuál es su parentesco?
- ¿Cuál es el padecimiento de su acompañante?
- ¿Quién está al pendiente de los cuidados de su acompañante?
- ¿A partir del conocimiento del padecimiento de su acompañante ha notado cambios en algún aspecto de su vida (relaciones familiares, trabajo, económicas, salud, etc.)?
- ¿Realiza algún tipo de cuidado o tiene alguna consideración especial con él?
- ¿Cuántos días a la semana y cuántas horas al día dedica por término medio a su familiar?

\*HORAS POR DÍA: \_\_\_\_\_ -

- ¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados o consideraciones a su familiar?
- Indique qué tareas lleva acabo derivadas del cuidado o trato con su familiar
- ¿Qué consecuencias ha habido en su vida, a partir del padecimiento y diagnóstico de su familiar?
- Indique las cosas que se han modificado respecto a su SALUD o estado general:
- Mencione los cambios que ha observado Respecto a aspectos profesionales o económicos
- Respecto a aspectos de ocio, tiempo libre o vida familiar, por favor indique si:

#### PREGUNTAS PARA EL PROGRAMA

¿Le gustaría recibir algún tipo de apoyo psicológico?

¿Sobre qué temas les gustaría recibir información o cree necesario abordar para poder ayudarle?

## Apéndice 4: Consentimiento informado

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

México D.F a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Por este medio se le hace la invitación a participar en un grupo psicoeducativo.

La primera fase consiste en la aplicación de una batería de pruebas psicológicas con fines de investigación. Tenga la certeza de que la información proporcionada será tratada con ética y confidencialidad rigurosa. El procedimiento requerirá de un aporte de su información personal. Siéntase en la libertad de preguntar cualquier incertidumbre acerca del proceso, su duda será resuelta lo más certera y claramente posible.

La actividad no presenta ningún tipo de consecuencia negativa, por el contrario usted tiene la posibilidad de acceder a los resultados o lo encontrado gracias a la realización del procedimiento sí así lo decidiera.

La segunda fase consistirá en su participación dentro de un grupo psicoeducativo donde se brindaran estrategias para su bienestar físico, mental y emocional.

Si usted acepta participar a continuación se le realizará una entrevista y se aplicaran las pruebas anteriormente mencionadas. Por último, se le proporcionarán las fechas de inicio y término del Programa Psicoeducativo: “Ayudándome lo ayudo”. ¡Esperamos su asistencia!.

Yo \_\_\_\_\_ una vez informado de los procedimientos que se llevarán a cabo, de la relevancia de estos y habiendo disipado mis dudas, otorgo en forma libre mi consentimiento para la realización de ellos.

**FIRMA DEL PARTICIPANTE:**

---

## Apéndice 5: Carta descriptiva de la sesión 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “¡Ayudándome lo ayudo!”

**Coordinadora:** Campos Coy Patricia Edith

**Ponentes/facilitadores:** Olivier del Ángel Diana y Vargas Reyes Leticia

**Institución:** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

**Dirigido a:** Cuidadores de pacientes psiquiátricos

**Fecha:** agosto de 2016

**Horario**

**Duración:**

**Propósito:** Disminuir síntomas de ansiedad, depresión y/o estrés.

**Objetivo General del taller:** Mejorar la calidad de vida de los familiares de pacientes psiquiátricos a través del aprendizaje de estrategias y habilidades que contribuyan al cuidado de su salud física, mental y bienestar emocional, mediante dinámicas lúdicas y reflexivas

SESIÓN: 1 UNIDAD TEMÁTICA; Psicoeducación de los padecimientos psiquiátricos TEMA: Conociendo los padecimientos más comunes, Ansiedad y Depresión.

**Objetivo particular de la sesión:** Al finalizar la sesión los participantes identificarán los síntomas más comunes de la depresión y ansiedad, así como romper mitos acerca de estas enfermedades, sin error, de acuerdo a lo revisado en el tema

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD - TÉCNICA	EVALUACION	MATERIALES	TIEMPO
Presentación de los facilitadores	Los familiares conocerán a los facilitadores y en qué consistirá su participación en el taller ¡Ayudándome lo ayudo!	Expositiva: Los facilitadores, darán a conocer sus nombres, la descripción breve del taller y sus objetivos.	Resolución de dudas que tengan los participantes.	Cartel del Taller	5 min.
Reglas de convivencia	Elaborar junto con los participantes las reglas de convivencia. Tener en cuenta la descripción de las reglas de forma positiva.	<i>¡Las Reglas del juego!</i> : Se elaborarán y escribirán las reglas de convivencia del taller para el buen desarrollo del mismo, a través de una lluvia de ideas entre participantes y facilitadores.	Cartel con código de convivencia	-Plumones de colores -Papel bond rotulado con el nombre de la actividad.	5 min
Presentación de los participantes	Los facilitadores y el grupo se presenten y comiencen a integrarse.	<i>Identificación con un animal:</i>  1) El facilitador invita a los participantes a identificarse con un animal con la frase: ¡"Si fueran un animal ¿qué serían?, por ejemplo yo soy Diana/ Lety y sería un perrito porque soy tierna, amistosa e inteligente". 2) Cada uno en su participación debe decir el nombre de sus compañeros anteriores y el animal con el que se identificaron, además de decir el suyo.	Reconocer a cada uno de los integrantes con su nombre y el animal con el que se identificaron		20 min.
Expectativas y mi propia narrativa.	Los participantes manifestaran las expectativas que tienen sobre el taller y narren su propia historia.	Cada participante menciona las expectativas que tiene sobre el taller y su propia narrativa. Instrucción: "Ya conocimos sus nombres y algunas de sus características personales, ahora quisiéramos que compartan un poco sus expectativas del taller, por qué están aquí y un poco de su historia, de forma muy breve."	Narrativa	Ninguno	40 min
Mitos y Realidades	Los participantes expresarán lo que saben acerca de la depresión y la ansiedad.	<i>Mitos y realidades sobre la Ansiedad y la Depresión:</i> Los facilitadores invitan al grupo a que coloquen una serie de afirmaciones escritas acerca de la depresión y la ansiedad en un rotafolio que estará dividido en dos partes, la primera tendrá el título de Mitos y la segunda Realidades, los participantes deberán elegir dónde colocar cada afirmación.  Al final los facilitadores explican cada afirmación y en qué lugar debería de colocarse.	Mural de mitos y realidades.	-Rotafolio de papel craft -Plumones -Afirmaciones escritas sobre la depresión y la ansiedad (ej. "Solo afecta a adultos", "No se va de repente")	15 min
Psicoeducación de los padecimientos psiquiátricos (Ansiedad y depresión)	Los participantes conocerán qué es la depresión y la ansiedad, y sus principales síntomas	<i>Conociendo los trastornos depresivos y de ansiedad:</i> Exposición de los facilitadores de ambos temas. -Depresión. - Trastorno de Ansiedad Generalizada -Trastorno de Ataque de Pánico -Angustia -Fobia Social -Trastorno obsesivo compulsivo -Trastorno de Estrés Post- traumático	Resolver dudas	-Presentacion power point de Depresión y Ansiedad.	20 min.
Imaginería guiada	Los participantes identificarán las emociones que les causan malestar en su cuerpo y tratarán de reducirlas simbólicamente.	Imaginería: - Conecten con su respiración -Identificar las emociones y sentimientos que les causen malestar -Identifiquen en dónde lo sienten, cómo lo expresa su cuerpo (posibles síntomas y somatizaciones) -Traten de enfocar esa emoción en una sola parte de su cuerpo. -Traten de darle una forma y un tamaño -Y ahora traten de hacerla más pequeña, de un tamaño que ustedes puedan manejar y controlar	Participación de lo que sintieron y observaron.	-Música - Aroma	15 min
Cierre de la sesión	Recapitulación de lo visto.	Recapitulación de lo visto.	Autorregistro de síntomas	-Saquitos	5 min

## Apéndice 6: material de mitos y realidades de los padecimientos psiquiátricos

**LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL NO ME AFECTAN**

**LAS DEBILIDADES EN LA PERSONALIDAD O LAS FALLAS EN EL CARÁCTER CAUSAN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

**LAS PERSONAS QUE TIENEN UNA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA SON VIOLENTAS E IMPREDECIBLES**

**LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL PUEDEN DESHACERSE DE ELLOS SI LO INTENTAN**

**LAS PERSONAS QUE TIENEN DEPRESIÓN O PENSAMIENTOS SUICIDAS NO ESTÁN CUERDAS Y NECESITAN QUE SE LES INTERNE DE INMEDIATO**

**LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO CAUSA DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

**NO HAY ESPERANZAS PARA PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES. UNA VEZ QUE UN AMIGO O FAMILIAR DESARROLLA UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL, NUNCA SE RECUPERARÁ**

**LA PREVENCIÓN FUNCIONA. ES POSIBLE PREVENIR UNA ENFERMEDAD MENTAL**

**LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL PUEDEN TRATARSE DENTRO DE LA FAMILIA**

**LAS PERSONAS QUE TIENEN UN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SON PEREZOSOS, INFORMALES, IMPREDECIBLES Y NO SE PUEDE CONFIAR EN ELLOS.**

**LA TERAPIA Y LA AUTOAYUDA SON UNA PÉRDIDA DE TIEMPO**

**LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL SON CONSECUENCIA DE LOS PENSAMIENTOS Y LAS ACCIONES DE UNO MISMO.**

**LOS AMIGOS Y LOS SERES QUERIDOS PUEDEN GENERAR UN GRAN CAMBIO**

**LOS MEDICAMENTOS PARA LA ANSIEDAD O DEPRESIÓN NO CAUSAN DEPENDENCIA**

**NO PUEDO HACER NADA POR UNA PERSONA CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

**QUIENES TIENEN ANSIEDAD O DEPRESIÓN NO DEBEN RELACIONARSE CON NADIE, SU CONDUCTA ES IMPREDECIBLE.**

**LAS PERSONAS CON ANSIEDAD O DEPRESIÓN TIENEN LA MISMA CAPACIDAD DE LLEVAR A CABO TAREAS COMO LOS QUE NO LA TIENEN.**

**LAS ENFERMEDADES NO REPRESENTAN NINGÚN TIPO DE CASTIGO**

**LA PREVENCIÓN FUNCIONA. ES POSIBLE PREVENIR UN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO.**

**LAS PERSONAS CON ANSIEDAD O DEPRESIÓN TIENEN EMOCIONES Y SENTIMIENTOS.**

**LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS SON PROVOCADAS POR LOS PADRES O ESTILOS DE CRIANZA**

**LA ANSIEDAD O DEPRESIÓN ES UNA ENFERMEDAD SIN IMPORTANCIA, ESTÁN FINGIENDO**

**LOS FAMILIARES DE QUIENES TIENEN ANSIEDAD O DEPRESIÓN SON LOS CAUSANTES DE LAS ENFERMEDADES.**

**LOS FAMILIARES DE QUIENES TIENEN ALGUNA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA DEBEN CUIDAR Y PROTEGER SU SALUD MENTAL, FÍSICA Y EMOCIONAL.**

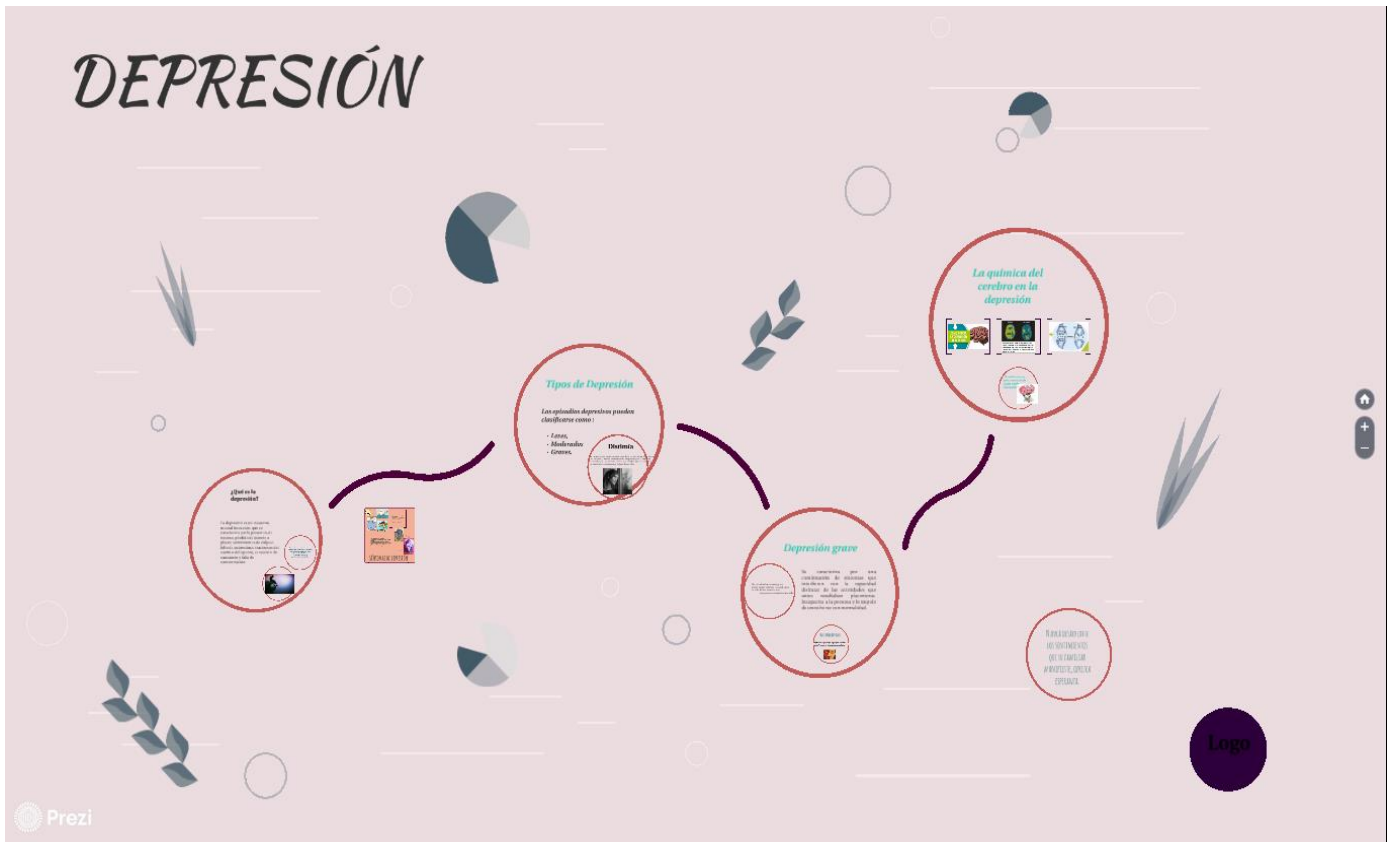
**QUIENES TIENEN ANSIEDAD O DEPRESIÓN ACTÚAN ASÍ PORQUE QUIEREN**

**LA SALUD MENTAL ES TAN IMPORTANTE COMO LA FÍSICA O LA EMOCIONAL.**

**EL CARIÑO Y LA PACIENCIA DE LOS FAMILIARES CONTRIBUYE CON EL BIENESTAR DE QUIENES PADECEN ALGUNA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA**

**LOS PROBLEMAS QUE SURGEN A PARTIR DE UNA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA TIENEN SOLUCIÓN**

## Apéndice 7: Presentaciones utilizadas para la psicoeducación de ansiedad y depresión



Referencia en internet: [https://prezi.com/l6ye-\\_a1btvs/ansiedad/](https://prezi.com/l6ye-_a1btvs/ansiedad/)  
<https://prezi.com/4ehxldcsiaym/depresion/>

## Apéndice 8: Carta descriptiva sesión 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “¡Ayudándome lo ayudo!”

**Coordinadora:** Campos Coy Patricia Edith  
**Institución:** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente  
**Fecha:** agosto de 2016

**Ponentes/facilitadores:** Olivier del Angel Diana y Vargas Reyes Leticia  
**Dirigido a:** Cuidadores de pacientes psiquiátricos  
**Horario:** Duración: 2 hrs.

**Propósito:** Disminuir el estrés.

**Objetivo General del taller:** Mejorar la calidad de vida de los familiares de pacientes psiquiátricos a través del aprendizaje de estrategias y habilidades que contribuyan al cuidado de su salud física, mental y bienestar emocional, mediante dinámicas lúdicas y reflexivas

SESION: 2 UNIDAD TEMÁTICA: ESTRES TEMA: ESTRES

**Objetivo particular de la sesión:** que los participantes adquieran un conjunto de capacidades y habilidades para la detección de sus emociones, como repercuten en su comportamiento y así tener éxito al afrontar las demandas y presiones del medio ambiente.

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD - TÉCNICA	EVALUACION	MATERIALES	TIEMPO
Presentación.	Retomar el trabajo visto y darle continuidad. Entrega de gafetes	Preguntar acerca de lo visto en la sesión pasada.	Participaciones del grupo	Ninguno Gafetes	15 min
Psicoeducación del estrés	Los participantes identificarán la definición de estrés	Técnica expositiva	Dudas de los participantes	Mapa mental	10 min
Serotonina- Dopamina y Noradrenalina	Los participantes identificarán los neurotransmisores involucrados en la respuesta de estrés	Se elegirán 3 participantes al azar que lleven a cabo 3 actividades: Uno de ellos repartirá una flor con aroma e invitará a los participantes a olerla y apreciarla. (Respuesta de serotonina y dopamina) El segundo guiará una breve actividad física: movimiento de brazos (Respuesta de Noradrenalina) El tercero hará sonar un sonido chillante (Liberación de cortisol)	Participación del grupo	Flores Sonido “chillante” Bocina	20 min
Explicación del sobre estrés en el cerebro	Identificarán lo que sucede en el cerebro y el cuerpo cuando hay sobre estrés	Técnica expositiva	Dudas	Mapa mental	5 min
Material psicoeducativo de estres y sobreestres	Los participantes identificarán si tienen sobre estrés.	¿Lo tengo?: A través del formato psicoeducativo “Tengo sobre- estrés”, los participantes identificarán sus propios síntomas de estrés y ansiedad, para comenzar a evitar o disminuir los factores detonantes.	Preguntar a los participantes acerca de su propia experiencia.	-Formato: “ Tengo sobre-estres” -Plumas	20 min
El hombrecillo sobre estresado.	Los participantes identificarán sus síntomas de estrés.	Se les pedirá que evoquen una situación en donde hayan presentado sobre estres y posteriormente se proporcionarán post- it para que escriban lo que sienten cuando tienen sobre estrés y lo colocarán en el hombre de acuerdo con la parte del cuerpo.	Hombrecillo con post-it de síntomas	-Hombre de papel -Post- it -Plumas	15 min
Levantamuertos	Los participantes seleccionarán los levantamuertos que utilizan	Se le pedirá la participación de los integrantes del grupo para verificar qué utilizan para aliviar los síntomas de sobre estrés. En el muñeco se irán colocando los levantamuertos que el grupo utilice y se marcará como la energía aumenta o disminuye de acuerdo con la participación de cada quien.	Hombrecillo con los síntomas Y levantamuertos	-Hombre de papel -Imágenes de levantamuertos -Diurex	15 min
10 maneras de reducir el estrés	Los participantes llevarán a cabo actividades en la semana que les ayude a disminuir el estrés	Se les proporcionará una lista de formas para reducir el sobre estrés, se les pedirá que durante la semana coloquen una “palomita” si realizaron esa actividad en cada día de la semana, al final habrá un recuadro para que describan de qué forma lo hicieron.	Lista checable contestada	-Lista de actividades para reducir el estrés	10 min

Se entregará pelotitas antiestrés para ayudarlos a disminuir el sobre estrés

## Apéndice 9: Materiales utilizados en la sesión 2



Cartel utilizado para la psicoeducación del estrés

Marca con un círculo el valor de cualquier situación que hayas experimentado en tu vida en los últimos doce meses.

Después suma el total.

SITUACION	VALOR DE ESTRÉS
Muerte de la pareja	100
Divorcio	60
Menopausia	60
Separación de la pareja	60
Encarcelamiento	60
Muerte de un pariente cercano	60
Enfermedad o incapacidad	45
Matrimonio	45
Despido de empleo	45
Reconciliación con la pareja	40
Jubilación	40
Cambios en salud de un pariente cercano	40
Trabajar más de 40 hrs. a la semana	35
Embarazo	35
Problemas sexuales	35
Llegada de un nuevo miembro de la familia	35
Cambio de rol en el trabajo	35
Cambio en el estado financiero	35
Muerte de un amigo	30
Cambio en el número de discusiones con la pareja	30
Hipoteca o préstamo bancario	25
Problemas con hipoteca o préstamo bancario	25
Dormir menos de 8 horas	25
Cambio de responsabilidades en el trabajo	25
Problemas con la familia política o hijos	25
Logro personal sobresaliente	25
Pareja que comienza o deja de trabajar	20

Comenzar o terminar la escuela	20
Cambios en las condiciones de vida (remodelación, visitas, etc.)	20
Cambio en hábitos personales	20
Alergia crónica	20
Problemas con el jefe	20
Cambio en el horario o condiciones de trabajo	15
Cambio de residencia	15
Síndrome pre-menstrual	15
Cambio de escuela	15
Cambio de actividad religiosa	15
Cambio en actividades sociales	15
Préstamo menor	10
Cambio en la frecuencia de reuniones familiares	10
Vacaciones	10
Época de vacaciones navideñas	10
Infracción menor de la ley	10

has experimentado un nivel de estrés de 250 puntos o más en el último año, puedes encontrarte en una situación de sobre-estrés.

Personas con una baja tolerancia al estrés pueden encontrarse sobre-estresadas a niveles de 100 puntos o menos.





Actividad: Levantamueertos y hombrecillo sobre estresado



## DIEZ MANERAS DE REDUCIR LA CANTIDAD DE ESTRÉS



ACTIVIDADES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES
1. Hacer una rutina como un reloj: Manténgase firme en sus horarios							
2. Tomar descansos: Darle al cuerpo tiempo para repararse							
3. Reducir compromisos sociales: Diga que NO a requerimientos hechos por otras personas							
4. Postergar los cambios del medio: posponga realizar cambios grandes en su vida.							
5. Reducir el número de horas de trabajo o escuela: reducir la demanda de energía.							
6. Llevar una buena dieta: Comer más verduras, tomar agua simple, comer MENOS azúcares.							
7. Reducir el uso de los "levanta-mueertos": aléjelas de su casa y evite comprarlas.							
8. Evite las alergias: Evite las reacciones alérgicas.							
9. Comience un ejercicio agradable, descanse su mente: Hacer ejercicio tres veces a la semana al menos 20 minutos.							
10. Descontinúe el uso de calmantes: para permitir que su cuerpo se recupere.							

## Apéndice 10: Carta descriptiva de la sesión 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “¡Ayudándome lo ayudo!”

**Coordinadora:** Campos Coy Patricia Edith

**Ponentes/facilitadores:** Olivier del Angel Diana y Vargas Reyes Leticia

**Institución:** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

**Dirigido a:** Cuidadores de pacientes psiquiátricos

**Fecha:** agosto de 2016

**Horario**

**Duración:** 2 hrs.

<b>Propósito:</b> Disminuir síntomas de ansiedad, depresión y/o estrés.
<b>Objetivo General del taller:</b> Mejorar la calidad de vida de los familiares de pacientes psiquiátricos a través del aprendizaje de estrategias y habilidades que contribuyan al cuidado de su salud física, mental y bienestar emocional, mediante dinámicas lúdicas y reflexivas

SESION: 3      UNIDAD TEMÁTICA: Autorregulación emocional      TEMA: ¿Cuáles son las emociones? ¿Qué hacer para regularlas?

<b>Objetivo particular de la sesión:</b> Los participantes adquirirán un conjunto de capacidades y habilidades para la detección de sus emociones, aprenderán técnicas de relajación para el <u>autorregulamiento</u> de las emociones
--

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD - TÉCNICA	EVALUACION	MATERIALES	TIEMPO
<b>Presentación.</b>	Retomar el trabajo visto y darle continuidad. Revisar tarea	Preguntar acerca de lo visto en la sesión pasada. Revisar tareas.	Resolver dudas acerca del tema anterior o tareas.	Ninguno	10 min.
<b>Material psicoeducativo de las emociones y sentimientos</b>	Los participantes aprenderán a identificar sus emociones, situaciones desencadenantes y sus formas de expresarlas.	Los facilitadores explicarán qué son las emociones y sentimientos y cómo identificarlos	Preguntar a los participantes acerca de su propia experiencia	MAPA	5 min
<b>Licudadora de las emociones y de los sentimientos</b>	Los participantes diferenciarán sus emociones y sus sentimientos	Se les pedirá a los participantes que relacionen emociones con pensamientos para reconocer cómo surgen los sentimientos.	La participación en la actividad.	-Licuadora - etiquetas con emociones y sentimientos - hojas libres para el pensamiento o situación	15 min
Valorando las emociones	<b>Los participantes reflexionarán cómo regulan sus emociones.</b>	<i>Billetes de las emociones:</i> Los facilitadores <b>otorgarán</b> una cantidad de billetes de colores, cada color representa una emoción (Azul-tristeza, amarillo- alegría, etc.). Se les pedirá a los participantes que regalen, tiren o se queden con los <b>billetes</b> como ellos lo consideren mejor.  Al final de la actividad se enfatiza en como valoraron las emociones que dieron, tiraron o se quedaron, haciendo <b>una reflexión</b> de ello.	Cantidad de billetes	-Billetes de colores (5) -Formato de cuenta -banco	20 min
Retroalimentación de los instrumentos de ansiedad y depresión	<b>Que los participantes ubiquen cuáles son los síntomas de ansiedad que presentan</b>	<i>Se darán a conocer los resultados de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.</i> <i>Cómo funciona la respiración en mi cuerpo.</i>	-Dudas	-Mapas de ansiedad y depresión (síntomas). Y respiración.	10 min
<b>Respiración</b>	Los pacientes iniciarán un entrenamiento en respiración para que descubran sus propias estrategias para disminuir síntomas de ansiedad y estrés.	<b>“Teen de relajación”:</b> La facilitadora realizará una técnica de relajación en entrenamiento de respiración.	Se les preguntará acerca de las sensaciones corporales que sienten al realizar la respiración.	-ejercicios (copias)	15 min
<b>Relajación muscular progresiva</b>	Los pacientes iniciarán un entrenamiento en relajación muscular progresiva para que descubran sus propias estrategias para disminuir síntomas de ansiedad y estrés.	<b>La facilitadora enseñará una técnica de relajación muscular progresiva</b>	Se les preguntará acerca de las sensaciones corporales que sienten al realizar la respiración.	- Música instrumental	10 min
<b>Emociones</b>	Los participantes identificarán sus emociones y algunas de las situaciones que las desencadenan.	<b>El pozo de las emociones:</b> identifiquen el sentimiento o emoción que les generó una situación particular que lo mencionen, luego que escriban que les provoca hacer, sentir, etc. Esa emoción como si fuera una persona. De forma voluntaria se compartirá lo que cada uno escribió. Y ahora cada uno doblará la hoja y lo tiren al “pozo de las emociones y sentimientos”	Se les preguntará acerca de las sensaciones y emociones que percibieron durante la imaginaria.	Hojas Plumas Cubeta (pozo)	20 min
Cierre de la sesión y tarea	Recapitulación de lo visto.	Recapitulación de lo visto y tarea. <i>Tarea: Las tres bendiciones</i>			5 min

## Apéndice 11: materiales utilizados en la sesión 3



### CUENTA DE EMOCIONES

EMOCIÓN	SALDO INICIAL	SALDO FINAL
TRISTEZA	\$ 20	
FURIA/ ENOJO	\$20	
TEMOR/ MIEDO	\$20	
DESAGRADO	\$20	
ALEGRÍA	\$20	
TOTAL FINAL	\$100	



Licuadora de las emociones



Actividad el pozo de las emociones

Actividad: valorando las emociones

## LAS 3 BENDICIONES

Escribe 3 cosas positivas que te hayan ocurrido durante el día por las que quieras agradecer. Y escribe ¿por qué ocurrieron?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<p>Al terminar la semana, vuelve a leer todo y escribe atrás de la hoja ¿Qué piensas de lo que te ha ocurrido?</p>

Tarea: Las 3 bendiciones

Taller: ¡Ayudándome, lo ayudo!  
 Psic. Diana Olivier y Psic. Leticia Vargas

## Apéndice 12: Carta descriptiva de la sesión 4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “¡Ayudándome lo ayudo!”

**Coordinadora:** Dra. Patricia Campos Coy  
**Institución:** Instituto Nacional de Psiquiatría  
**Fecha:** Pendiente

**Ponentes/facilitadores:** Diana Olivier del Ángel y Leticia Vargas Reyes  
**Dirigido a:** familiares de pacientes psiquiátricos  
**Horario:** Pendiente      **Duración:** 2 horas

**Objetivo General del taller:** Los participantes adquirirán herramientas y habilidades que contribuyan al cuidado de su salud física, mental y bienestar emocional que podrían requerir como cuidadores de pacientes de enfermedades psiquiátricas, mediante dinámicas lúdicas y reflexivas.

SESION: 4      UNIDAD TEMÁTICA: 4      TEMA: Estilos de afrontamiento  
**Objetivo particular de la sesión:** los participantes reconocerán sus propios estilos de afrontamiento y aprenderán a utilizarlos de acuerdo a la situación que sea conveniente.

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD - TÉCNICA	EVALUACION	MATERIALES	TIEMPO
Recapitulación	Revisar los conocimientos adquiridos de la sesión pasada.	Lluvia de ideas: los participantes, hablarán sobre la tarea que se proporcionó la sesión anterior y lo aprendido.	Ideas de los participantes	Cartel del taller	10 min
Estilos de afrontamiento	Conocer los 7 diferentes estilos de afrontamiento.	Técnica expositiva: Se brindará psicoeducación de los diferentes estilos de afrontamiento con ayuda de ejemplos de la vida cotidiana.  Durante la explicación se proporcionará una hoja a cada participante con sus principales estilos de afrontamiento	Dudas y aclaraciones sobre la información.	Lámina con material psicoeducativo.  Hojas con principales estilos de afrontamiento personalizados	10 min
Estilos de afrontamiento	Los participantes reconocerán sus propios estilos de afrontamiento	Se darán unos minutos para que reflexionen cuál de los tres es el que más conflictos les ha traído, mencionarán de qué forma ha interferido en su vida y refieran alguna situación.	Participación	Resultados de estilos de afrontamiento	15 min
Otras formas de afrontar las situaciones	Los participantes conocerán otras formas de afrontar situaciones para que no les genere malestar	Los facilitadores proporcionarán estrategias para afrontar situaciones para contrarrestar los estilos que les generan malestar en situaciones de su vida cotidiana.	Dudas y comentarios	Imágenes de las técnicas recomendadas	15 min
Estilos de afrontamiento en situaciones	Los participantes pondrán en práctica un estilo de afrontamiento diferente al que usualmente utilizan.	Rol playing: Crear situaciones en donde los participantes puedan representar la forma en que utilizarían los diferentes estilos de afrontamiento.	Representación.	Situaciones para representar estilos de afrontamiento	20 min
Conociéndome	Los participantes identificarán sus habilidades y áreas de oportunidad.	En el formato “persona” los participantes escribirán 5 cualidades y 5 defectos y los compartirán con el grupo, identificando cómo se relacionan con sus principales estilos de afrontamiento.	Participación	-Hojas con el formato de las áreas de personalidad  - Cuadritos para que anoten  -Prit	20 min
Creencias	Identificarán una creencia que no les ha permitido hacer su vida como ellos desean	Los participantes identificarán una creencia que les cause malestar y este interfiriendo con aspectos de su vida, la compartirán y en parejas cada integrante dirá la creencia de su compañero en un tono y se detendrá hasta que su compañero le indique, posteriormente el participante que escuchó su creencia hará el mismo ejercicio con su compañero. Posteriormente escribirán la contra-creencia y en parejas repetirán la frase del otro hasta que decidan detenerlos. De forma individual escribirán acuerdos para hacer crecer la otra creencia y poco a poco establecerla.	Participación y reflexión en parejas e individual	Hojas blancas Phumas Hojas de color Phumones	20 min
Cierre de la sesión	Se resolverán dudas acerca de los temas vistos en la sesión	Se hará una recapitulación de los temas abordados en la sesión, se resolverán dudas y aclaraciones.  Tarea: Pegar en un lugar visible la contra-creencia y realizar los acuerdos en la semana	Ninguna	Ninguna	5 min

Apéndice 13: Materiales de la sesión 4

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**

<b>EVITACIÓN</b>		Evitar emociones y pensamientos dolorosos, indiferencia.
<b>RUMIACIÓN</b>		Pensamientos obsesivos para incertidumbre. disminuir
<b>ENMASCARAMIENTO EMOCIONAL</b>		Ocultar emociones dolorosas por temor a que piensen que eres débil o estás loco.
<b>FOCALIZACIÓN A CORTO PLAZO</b>		Se llevan a cabo acciones placenteras en el corto plazo para evitar el malestar.
<b>PERSISTENCIA EN LA RESPUESTA</b>		Responder de la misma forma en situaciones similares a pesar de que no funcione
<b>HOSTILIDAD O AGRESIÓN</b>		Enmascara el estrés, miedo, dolor, vergüenza: el enojo provoca más enojo.
<b>EVALUACIÓN NEGATIVA</b>		Se usan juicios anticipados se tienden a dejar juicios positivos.

Psicoeducación de los estilos de afrontamiento



## Apéndice 14: Carta descriptiva de sesión 5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “¡Ayudándome lo ayudo!”

**Coordinadora:** Dra. Patricia Campos Coy

**Ponentes/facilitadores:** Diana Olivier del Angel y Leticia Vargas Reyes

**Institución:** Instituto Nacional de Psiquiatría y Universidad Nacional Autónoma de México

**Dirigido a:** Familiares de pacientes psiquiátricos

**Fecha:** 22 de Diciembre de 2016

**Horario:** 11:00-13:00

**Duración:** 2 horas.

**Objetivo General del taller:** Los participantes adquirirán herramientas y habilidades que contribuyan al cuidado de su salud física, mental y bienestar emocional que podrían requerir como cuidadores de pacientes de enfermedades psiquiátricas, mediante dinámicas lúdicas y reflexivas.

SESIÓN: 5

UNIDAD TEMÁTICA: 5

TEMA: Asertividad

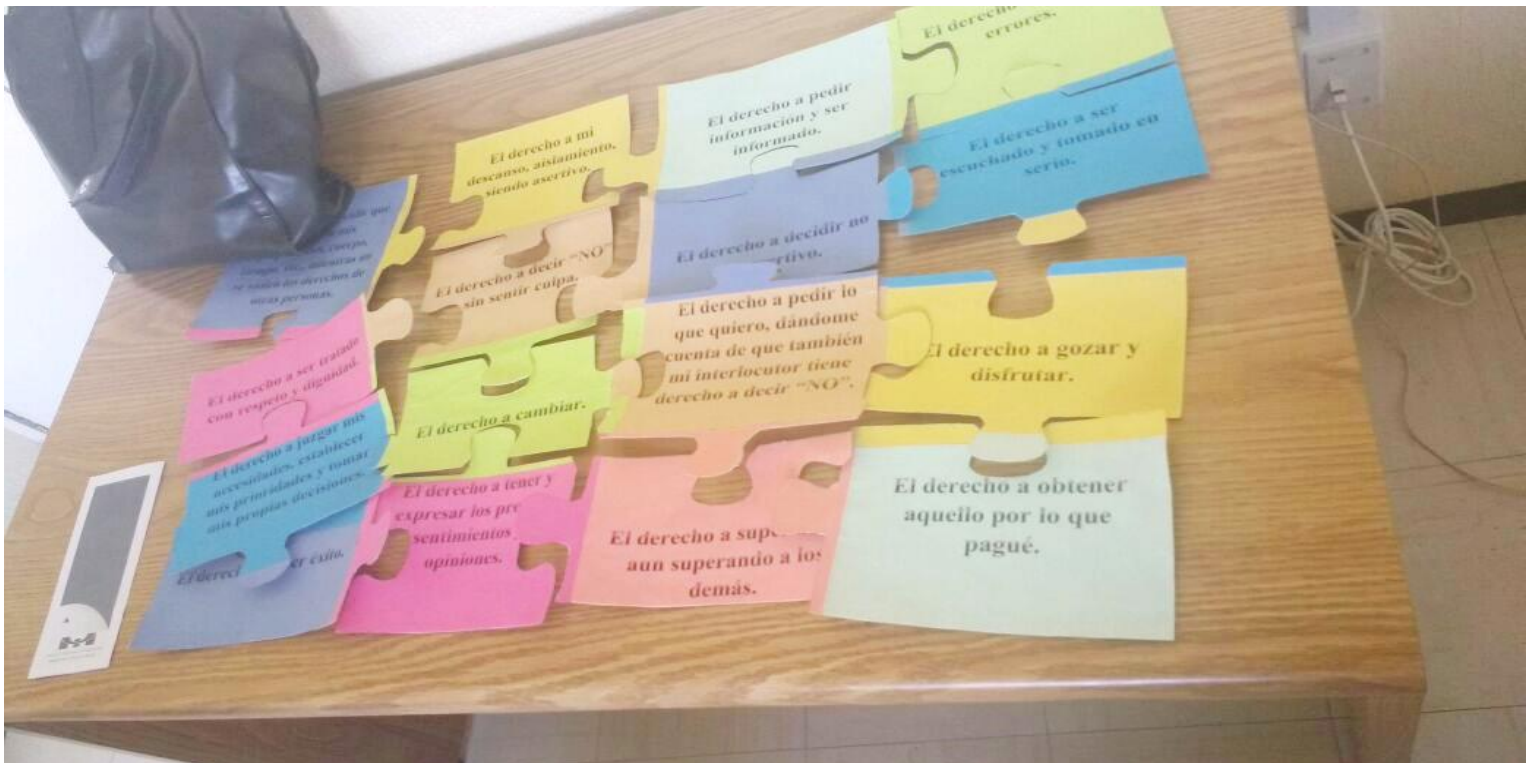
**Objetivo particular de la sesión:** Los participantes conocerán qué es la asertividad y estrategias para mejorar la comunicación

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD - TÉCNICA	EVALUACION	MATERIALES	TIEMPO
Recapitulación	Revisar los conocimientos adquiridos de la sesión pasada.	Lluvia de ideas: los participantes, hablarán sobre la tarea que se proporcionó la sesión anterior y lo aprendido.	Ideas de los participantes	Cartel del taller	10 min
Asertividad	Los participantes identificarán las conductas y sensaciones que perciben cuando están enojados.	¿Qué hago cuando estoy enojado? Los participantes describirán qué conductas y sensaciones perciben cuando están enojados. Las colocarán en los cuadros de conductas agresivas y pasivas.	Descripciones de los participantes	-cuadros pequeños de hojas -Cinta adhesiva -Plumas, plumones. -Mural de conductas pasivas y agresivas	15 min
Asertividad	Los participantes conocerán que es la asertividad	Técnica expositiva: Se brindará <u>psicoeducación</u> sobre lo que es la asertividad, con ejemplos de la vida cotidiana. Durante la explicación se proporcionará un folleto para ejemplificar el tema.	Dudas y aclaraciones sobre la información	-Folletos	10 min
Asertividad	Identificarán el nivel de enojo que han experimentado	“Termómetro” ¿Qué pasa cuando nos enojamos? ¿En qué nivel hemos estado? Se le pedirá la participación al grupo para que indique hasta qué nivel han llegado del enojo y qué ha ocurrido?	Participación del grupo	-lámina de termómetro	15 min
Asertividad	Los participantes reconocerán los derechos que existen sobre la asertividad.	“Derechos asertivos” Proporcionarán las facilitadoras un derecho asertivo a cada participante, se les pedirá reflexionen ese derecho y mencionen si lo han ejercido	Opiniones y comentarios de los participantes	-Hojas de derechos asertivos -Rompecabezas	15 min
Comunicación asertiva	Los participantes reflexionarán acerca de la comunicación	Dinámica de comunicación: Los participantes se colocarán en parejas. En la primera parte, uno de los miembros se sentará dándole la espalda al otro, el otro miembro le describirá una figura y e que dio la espalda intentará realizar el dibujo con las instrucciones de su compañero. Después se pondrán de frente y el miembro que dio las instrucciones le tocará dibujar lo que le indicó su compañero.	Dibujos de los participantes	-Dibujos -Hojas -Plumas	20 min.
Comunicación asertiva	Los participantes identificarán que elementos de la comunicación NO asertiva utilizan	¿Qué interfiere en la comunicación asertiva? Técnica expositiva: los participantes identificarán diferentes elementos que pueden interferir con la comunicación asertiva, de forma voluntaria identificarán cuál emplean con mayor frecuencia	Participación del grupo	Cuadro de elementos que interfieren con la comunicación asertiva	15 min
Meditación guiada	Los participantes identificarán situaciones positivas del taller y del año que está por concluir	Imaginería guiada: Consistirá en las situaciones de bienestar que han tenido dentro del taller e identificarán elementos positivos del año en general.	Participación	Vela simbólica	15 min
Cierre del taller		Se hará una recapitulación de los temas abordados en la sesión, se resolverán dudas y aclaraciones. Tarea: Traer a la siguiente sesión una frase significativa en sus vidas y poner en práctica lo que se ha realizado dentro del taller.	Ninguno	Ninguno	10 min

## Apéndice 15: Materiales de la sesión 5



Psicoeducación de asertividad



Derechos asertivos

¿Qué es asertividad?	¿Qué no es asertividad?
Es una conducta	No es un rasgo de personalidad
Se puede aprender	No es hereditaria ni genética
Se es respetuoso con uno mismo y con los demás	No es una conducta manipulativa
Permite resolver conflictos	No es la solución mágica para todos los problemas
Tiene como objetivo conseguir lo que una persona considera mejor para ella y más justo para los demás	No es una conducta que sirva para conseguir siempre lo que uno desea
Facilita la comunicación	No es un método para convencer
Obliga a ser a la persona responsable de su conducta	No es una conducta para ser cínico o irresponsable



## Conducta Pasiva

ELEMENTOS NO VERBALES	EMOCIONES Y SENTIMIENTOS
Mirada baja	Baja autoestima
Voz débil	Ansiedad
Vacilaciones	Depresión
Postura corporal hundida	Sentimiento de culpa
Tensión en la cara y los labios	Sensación de desamparo
Falsas risas	Soledad
	Sentimiento de enfado
	Sensación de pérdida de control
	Falta de respeto



**ELEMENTOS COGNITIVOS:**

- Los otros son más importantes que yo.
- Tengo que sacrificarme por los demás.
- Si digo que no, si no ayudo a los demás, nunca más me tendrán en cuenta.
- Pienso que los otros se aprovechan de mí
- No quiero molestar a los demás con mis cosas

## Conducta Agresiva

ELEMENTOS NO VERBALES	EMOCIONES Y SENTIMIENTOS
Mirada fija	Baja autoestima
Voz alta	Sentimientos de culpa
Habla rápido	Sensación de pérdida de control
Gestos de amenaza	Nota que los demás lo dejan solo cada vez que es agresivo
Postura intimidatoria, invadiendo el espacio del otro	Frustración
Tensión en el cuerpo	

**ELEMENTOS COGNITIVOS:**

**NO TENGO LA NECESIDAD DE RESPETAR A LOS DEMÁS**

- Sólo me respetan so soy agresivo
- No puedo soportar que las cosas no sean como yo quiero
- Las cosas son blancas o negras: "o yo o tú"

## Conducta asertiva

ELEMENTOS NO VERBALES
Contacto ocular directo
Nivel de voz adecuado a la conversación
habla fluida
Gestos firmes
Postura erecta
Manos sueltas
Cuerpo relajad

EMOCIONES Y SENTIMIENTOS
Honestidad emocional, dice lo que siente de manera apropiada
Se siente a gusto consigo mismo y con los demás
Sensación de control
Se respeta a sí mismo y a los demás

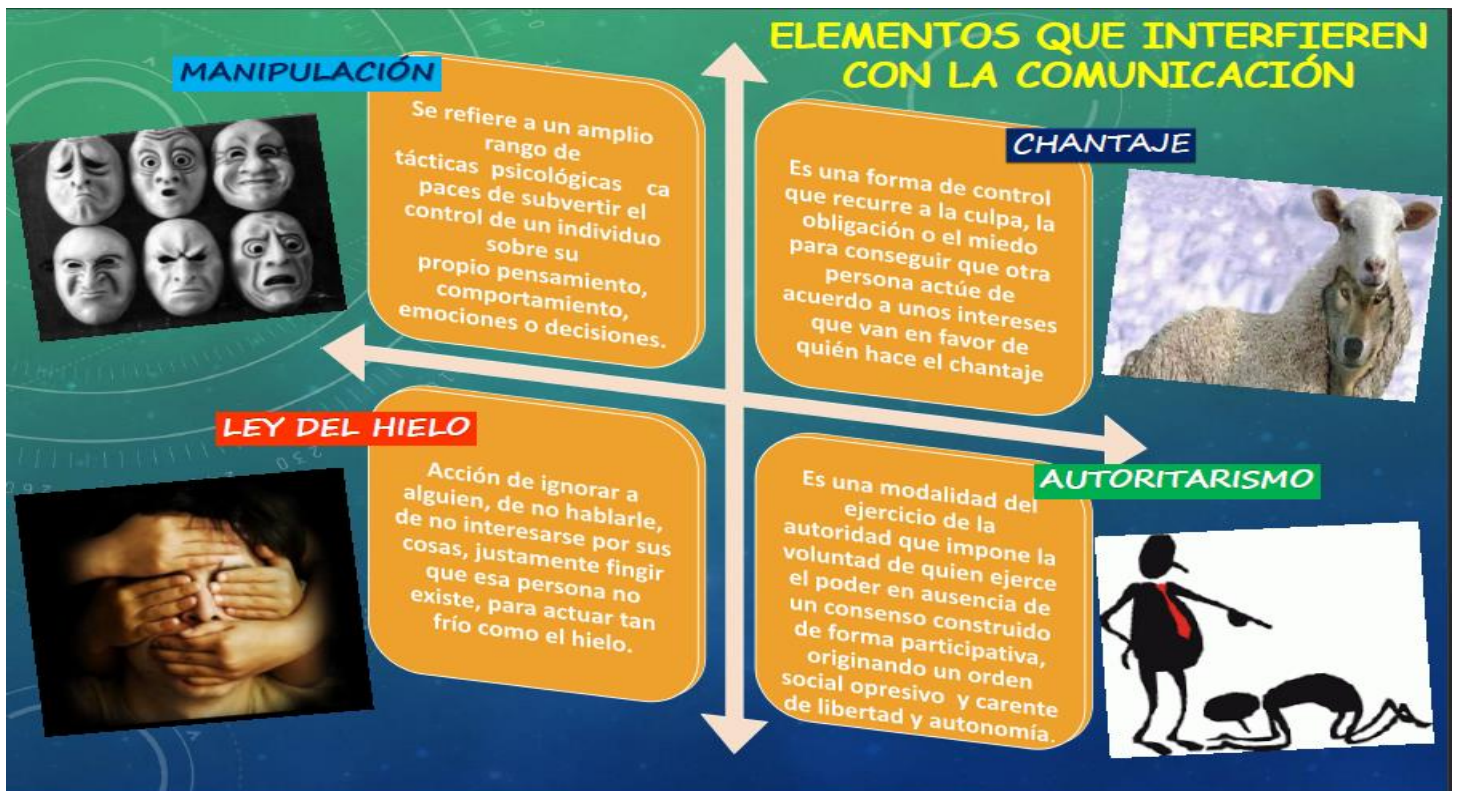
**ELEMENTOS COGNITIVOS**

- Pienso que tiene derechos y los ejercita
- Creo que las personas tienen derecho a ser respetados
- Pienso que no es superior ni inferior a los demás





Dinámica de comunicación



.Elementos que interfieren con la comunicación

## Apéndice 16: Carta descriptiva de la sesión 6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “ \_\_\_\_ ¡Ayudándome lo ayudo! \_\_\_\_ ”

**Coordinadora:** Dra. Patricia Campos Coy

**Ponentes/facilitadores:** Diana Olivier del Angel y Leticia Vargas Reyes

**Institución:** Instituto Nacional de Psiquiatría y Universidad Nacional Autónoma de México

**Dirigido a:** Familiares de pacientes psiquiátricos

**Fecha:** Pendiente

**Horario:** Pendiente

**Duración:** 1:30 min

**Objetivo General del taller:** Los participantes adquirirán herramientas y habilidades que contribuyan al cuidado de su salud física, mental y bienestar emocional que podrían requerir como cuidadores de pacientes de enfermedades psiquiátricas, mediante dinámicas lúdicas y reflexivas.

SESIÓN: 6 UNIDAD TEMÁTICA: 4 TEMA: Técnica de solución de problemas

**Objetivo particular de la sesión:** los participantes reconocerán sus propios estilos de afrontamiento y aprenderán a utilizarlos de acuerdo a la situación que sea conveniente.

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD - TÉCNICA	EVALUACION	MATERIALES	TIEMPO
Recapitulación	Revisar los conocimientos adquiridos de la sesión anterior.	Lluvia de ideas: los participantes, hablarán sobre la tarea que se proporcionó la sesión anterior y lo aprendido.	Ideas de los participantes	Plumones Rótulos	15 min
Retroalimentación de perfil de estrés	Los participantes reflexionarán sobre los resultados del perfil de estrés	Se explicarán los resultados individuales a través de gráficas para cada participante.	Reflexión de los participantes	Resultados individuales en gráficas Cuadro de áreas del perfil de estrés	15 min
Planteamiento de la técnica de la terapia de solución de problemas. (ETAPA 1)	Dar a conocer la técnica con los participantes y compartir la importancia de llevarla a cabo.	Técnica expositiva: se brindará psicoeducación sobre los problemas, las bases de la Terapia de solución de problemas y el incremento del bienestar al llevarla a cabo.	Dudas y aclaraciones sobre la información.	Material psicoeducativo.	5 min
Aterrizar los problemas (ETAPA 2)	Los participantes enumerarán los problemas de su vida cotidiana.	Los participantes utilizarán el formato: "Mis problemas", para describirlos, una vez enumerados, enumerarán por orden de importancia los problemas y elegirán uno.	Formato contestado.	Formato: "Mis problemas"	20 min
Definir claramente un problema (ETAPA 2)	Los participantes determinarán cómo se integra el problema que eligieron	Los participantes describirán con mucho detalle cómo se compone su problema, cómo lo afecta y si realmente en sus posibilidades resolverlo. Las facilitadoras ayudarán a aclarar el problema	Formato contestado, dudas.	Cuadernillo	10 min
El problema elegido (ETAPA 3)	Cada uno de los participantes propondrá metas para el problema elegido	Los participantes escribirán las metas específicas, medibles, alcanzables, relevantes y en tiempo, del problema. "Pregunta milagro"	Participación de los integrantes.	Cuadernillo	10 min
Soluciones de los problemas (ETAPA 5)	Los participantes tendrán diferentes alternativas para resolver un problema de la vida cotidiana.	Abanico de ideas: Cada participante mencionará posibles soluciones para el problema que ha elegido, posteriormente se realizará una lluvia de ideas con el resto de los participantes apoyando y enunciando otras opciones. Al final, cada integrante elegirá una solución para ponerla en práctica.	Participación de los integrantes	Rotafolio y plumines	25 min
Plan de acción (ETAPA 6)	Los participantes describirán por día, los pasos a seguir para llegar a la solución del problema	Los participantes escribirán en el cuadernillo las actividades que deben realizar por día para llegar a la solución del problema elegido	Cuadernillo respondido, dudas.	Cuadernillo	15 min
Cierre de la sesión (ETAPA 6)	Los participantes pondrán en práctica la solución elegida.	Se les pedirá a los participantes que pongan en práctica las soluciones que eligieron y la importancia de ello, durante la semana.	Ninguna	Ninguno	5 min

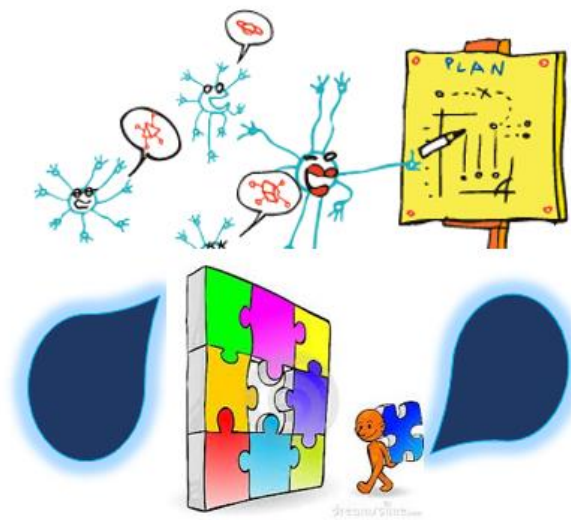
## Apéndice 17: Materiales de la sesión 6



Retroalimentación de los perfiles de estrés

TALLER: "AYUDÁNDOME LO AYUDO"  
 PSIC. DIANA OLIVIER DEL ÁNGEL Y  
 PSIC. LETICIA VARGAS REYES

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
 RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



**Técnica de Solución de Problemas para el cuidado de la Salud mental**  
**-Guía Breve de Intervención-**

Cuadernillo utilizado para abordar la técnica de solución de problemas



“En esta guía te damos los pasos a seguir para aclarar y resolver positivamente algunos de tus problemas y dificultades”

## EVALUACIÓN

En una escala del 1 al 10 donde uno es muy mala y 10 es excelente, tu estado de ánimo ¿Dónde se encuentra?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Si aún persiste tu malestar, repite el ejercicio. Tal vez haya nuevos problemas  
Si mejoraste y el problema se resolvió, anota el regalo que te vas a dar:

*felicidades*

## DEFINICIÓN Y CLARIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

Describe de manera clara cada uno de tus problemas empleando las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cuál es exactamente el problema?
- 2) ¿Por qué es un problema?
- 3) ¿Cuándo se suscita el problema?
- 4) ¿Cuándo fue la última vez que pasó?
- 5) ¿Quiénes están involucrados en esta situación?

## ¡Aprendamos a llevar un orden!

ACTIVIDADES	DÍAS DE LA SEMANA
1.	LUNES
2.	MARTES
3.	MIÉRCOLES
4.	JUEVES
5.	VIERNES
6.	SÁBADO
7.	DOMINGO

Cuadernillo utilizado para abordar la técnica de solución de problemas

Si lograste llegar a este punto, te diste Cuenta que no es tan difícil solucionar los problemas Cotidianos, sin embargo en el Camino pudiste tener algunas dificultades

¿Lograste alcanzar tus metas?

¿Qué problemas encontraste en el camino?

¿Cómo los solucionaste?

Enumera tus problemas de mayor a menor importancia

¡Ánimo!

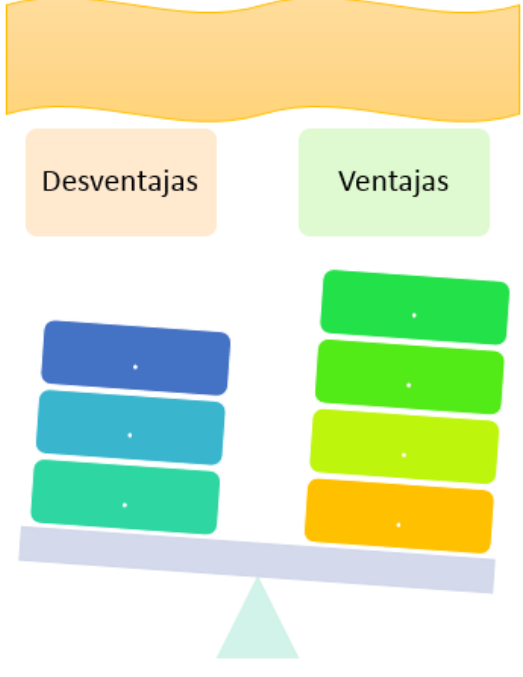


Blank boxes for listing problems in order of importance.

### Soluciones generadas

Eight cloud-shaped boxes for generating solutions.

### Elección de la solución preferida



Cuadernillo utilizado para abordar la técnica de solución de problemas

# Acción de la solución preferida



## Establecer metas factibles y alcanzables

Una vez que identificaste el problema más importante, lo que debes hacer es elegir las metas específicas, medibles, alcanzables, relevantes y en tiempo.

### PROBLEMA SELECCIONADO

---

---

---

---

### Describe las metas

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Cuadernillo utilizado para abordar la técnica de solución de problemas*

## Apéndice 18: Carta descriptiva de la sesión 7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “ \_\_\_\_ ¡Ayudándome lo ayudo! \_\_\_\_ ”

**Coordinadora:** Dra. Patricia Campos Coy

**Ponentes/facilitadores:** Diana Olivier del Ángel y Leticia Vargas Reyes

**Institución:** Instituto Nacional de Psiquiatría y Universidad Nacional Autónoma de México

**Dirigido a:** Familiares de pacientes psiquiátricos

**Fecha:** Pendiente

**Horario:** Pendiente

**Duración:** 1:30 min

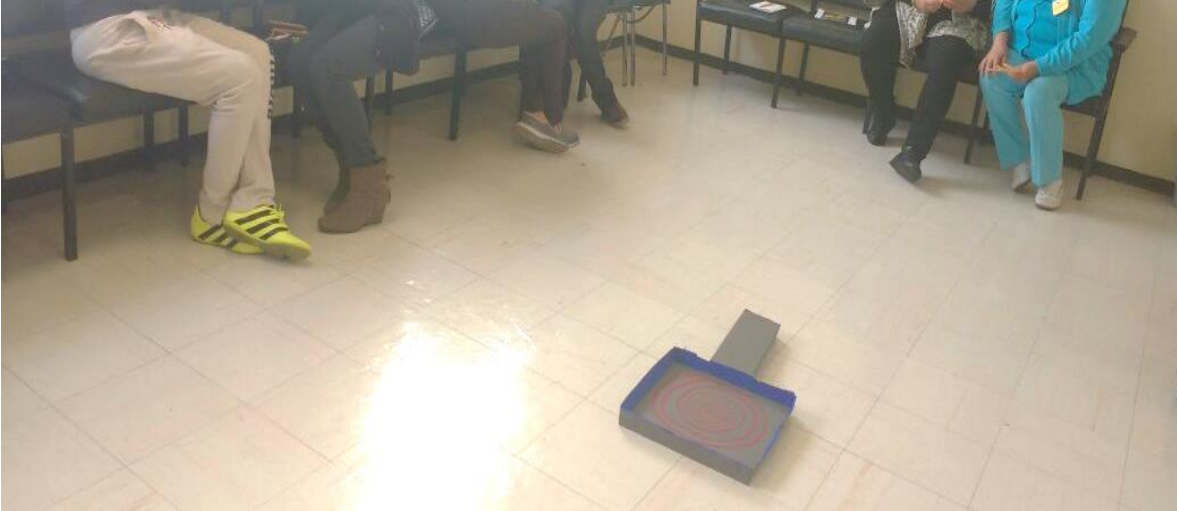
**Objetivo General del taller:** Los participantes adquirirán herramientas y habilidades que contribuyan al cuidado de su salud física, mental y bienestar emocional que podrían requerir como cuidadores de pacientes de enfermedades psiquiátricas, mediante dinámicas lúdicas y reflexivas.

SESIÓN:  7  UNIDAD TEMÁTICA: 4 TEMA: Técnica de solución de problemas

**Objetivo particular de la sesión:** Los participantes ocuparán la técnica de solución de problemas para incrementar su bienestar.

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD - TÉCNICA	EVALUACION	MATERIALES	TIEMPO
Recapitulación (ETAPA 7)	Los participantes aclararán dudas acerca de la solución y la evaluarán.	Lluvia de ideas: los participantes, hablarán sobre la solución que pusieron en marcha para solucionar un problema de su vida cotidiana. En caso de no haber funcionado la solución elegida, se averiguará la razón y si es necesario se propondrá un cambio en la solución elegida.	Resolución de dudas o cambio de solución en caso de que no haya funcionado.	Cuadernillo de la terapia de solución de problemas	15 min
Resiliencia	Los participantes reflexionarán acerca de una fortaleza importante que tienen: resiliencia	“Creando mi fortaleza” Los participantes elegirán a una pareja para trabajar. A cada pareja se le proporcionará un huevo, tijeras, popotes y cinta. El objetivo es que con los materiales proporcionados cubran y “protejan” al huevo para que al dejarlo caer no se rompa. La retroalimentación de este ejercicio es que ellos representan a ese huevo y así como ellos han creado esa protección para el huevo lo han hecho con ellos mismos en todo este tiempo y es por ello que al día de hoy están aquí.	Fortaleza del huevo	7 huevos 20 popotes Cinta adhesiva Tijeras	20 min
Acompañamiento	Los participantes considerarán el significado de acompañar adecuadamente a sus familiares,	Se pegarán frases en el aula. Se les indicará a los participantes que cada uno deberá elegir una frase para alguno de sus compañeros y se los entregarán.	Entrega de frases	Frases Cinta adhesiva	15 min
Palabras de despedida y cierre	Los participantes cerrarán el proceso que llevaron en el taller.	Cada uno de los participantes se levantará, se le dará un diploma por haber terminado el taller y dirá qué fue lo más significativo y útil del taller para él, qué le falta por aprender y dirigirá unas palabras a sus compañeros.	Entrega de diplomas y palabras de despedida	Diplomas Música	30 min
Post evaluación	Los participantes responderán los cuestionarios correspondientes a la evaluación final	Se les entregará la batería de pruebas que realizaron antes de la intervención a excepción de la entrevista inicial y se les entregará un cuestionario para evaluar materiales del taller, tiempo, temas y utilidad.	Batería de pruebas respondida	Batería de pruebas	30 min

## Apéndice 19: Materiales utilizados en la sesión 7



Actividad de resiliencia

.... Me costó entender que acompañar no es empujar ni tirar de nadie, no es tomar decisiones por otros, no es faltarle el respeto creyéndome conocedora de las respuestas. Luego también me tocó aprender que acompañar no es hundirte en el abismo con el otro, ni seguirlo en forma ciega cuando elige hundirse. sino dejarlo hacer su camino y quedar atento por si pide una mano. tuve que aprender a convivir con mis limitaciones, aceptarlas y quererlas, para darme cuenta que gracias a las mismas, yo era capaz de otras cosas. y tuve que poner en su justo lugar las que creía que eran mis fortalezas, cuando entendí que sin otras capacidades, sólo con eso no se podía caminar...

1

"No existe el mal, no existen personas malas, existe ignorancia del bien, cada vez que alguien te hace daño, no significa que esa persona es mala, es más bien una persona que no sabe lo que estás sintiendo, no sabe crear bienestar en ti, desconoce totalmente lo que provoca. siempre que una persona te haga daño no pienses que es mala, piensa que ignora lo que es el bien."

2

• No te rindas, por favor no cedas, aunque el frío queme, aunque el miedo muerda, aunque el sol se esconda, y se calle el viento, aún hay fuego en tu alma, aún hay vida en tus sueños. porque la vida es tuya y tuyo también el desco, porque cada día es un comienzo nuevo, porque esta es la hora y el mejor momento, porque no estás solo, ¡porque yo te quiero!

• Se vale estar triste.  
• Se vale no siempre ser la persona alegre que todos quieren.  
• Se vale no querer hablar con nadie  
• Se vale ser humano y uno mismo cuando nuestra alma lo requiere

. Frases utilizadas para la actividad: Acompañamiento



- "Los descansos son un método básico para controlar los sentimientos negativos que invaden nuestro cuerpo, como el enojo, la ira, la tristeza o la rabia, los descansos nos permiten estabilizarnos y armonizarnos, justo cuando sentimos que estamos a punto de explotar.
- Los descansos no solo detienen la violencia sino también ayudan a recrear la confianza, sólo dílo: ¡necesito un descanso!"

9

- "Jamás dejes que las dudas paralicen tus acciones. toma siempre todas las decisiones que necesites tomar, incluso sin tener la seguridad o certeza de que estás decidiendo correctamente.
- Confía en lo que haces, no importa si nadie más lo hace, tus decisiones te pertenecen, por lo tanto tus acciones y eres dueño de ti mismo, nadie puede decir lo contrario, no hagas que parezca lo contrario."

10

- "Practica la pausa:
  - cuando entres en duda, pausa.
  - cuando te enojas, pausa
  - cuando estés cansada, pausa
  - cuando estés estresada, pausa
- y cuando pauses, respira, imagina, siente, piensa en todo lo bueno que tienes, en todo lo maravilloso que eres, no te detengas, solo hazlo, todo está en tu interior, no dejes que se oculte de ti."

- "La resiliencia es la capacidad de hacer frente a las adversidades de la vida, transformar el dolor en fuerza motora para superarse y salir fortalecida de ellas.
- Una persona resiliente comprende que es el arquitecto de su propia alegría y su propio destino.
- tu puedes ser resiliente, permítete serlo, porque ya lo eres"

- No te rindas, aún estás a tiempo de alcanzar y comenzar de nuevo, aceptar tus sombras, entender tus miedos.
- No te rindas que la vida es eso, continuar el viaje, perseguir tus sueños, destapar el tiempo y destapar los cielos.

5

- Ama con locura, despierta con ganas, sonríe sin motivos, abraza con esperanzas y vive cada día como si fuera el último de tu vida.

6

- "Todos tenemos el derecho a tomar las decisiones que creemos nos aportarán satisfacción, todos tenemos el derecho a determinar nuestros propios valores, nuestro estilo de vida y nuestras prioridades.
- Tienes el derecho a soñar con un gran mañana, tienes derecho a ser feliz, a disfrutar de la vida, a disfrutar de ti, tienes derecho a sentir, a reír, a sentir plenitud.
- No permitas que te prohíban hacerlo, pero sobre todo no permitas que tú te impidas hacerlo"

7

- "Siempre tenemos sentimientos, nos damos cuenta o no cuenta de ellos. los sentimientos surgen en respuesta a lo que sucede en nuestra vida. una amenaza nos produce miedo, una ofensa o agravio, nos produce dolor y rabia; cuando estamos a salvo y nuestras necesidades están satisfechas nos sentimos contentos.
- Permítete sentir, cada una de lo que tu cuerpo desea y necesita sentir, sin esconderlo o avergonzarte de lo que sientes, permite que tus sentimientos fluyan a través de ti y encuentra una forma de expresarlo para que no dañe a nadie y sobre todo que no te dañe a ti, por ello será mejor que no los guardes"

8

- "El dolor es temporal, puede durar un minuto, una hora, un día o un año, pero finalmente terminará y otra cosa tomará su lugar, es cierto que a veces no depende de nosotros, pero terminará, pero si te das por vencido, el dolor durará para siempre.
- Cuando sientas dolor, deja que la fe te invada no olvides que el dolor terminará en algún momento, llénate de esperanza, pensando en que pronto se acabará"

13

- "No permitas que nadie diga que eres incapaz de hacer algo, ni si quiera quien piensas que tiene el derecho de hacerlo, si tienes un sueño, debes conservarlo, salir a buscarlo, atesorarlo, protegerlo de quienes desean que se acabe. ten siempre presente que la felicidad no es la ausencia de los problemas, si no la habilidad de salir adelante con ellos"

14

- "DATE LA OPORTUNIDAD DE APRENDER QUE:  
• Un tropezón no es una caída, que todo en la vida vuelve, que no hay mal que por bien no venga, que con voluntad y esfuerzo, todo resulta más fácil, que lo más valioso del mundo eres tu mismo, que el valor que tengan las cosas depende solo de ti, que por más obstáculos, caídas o barreras que se interpongan en el camino, no se debe perder de vista que tu objetivo es siempre levantar la cabeza y seguir adelante hasta terminar"

- "No te compares con nadie, tus talentos y habilidades son especiales en ti, no importa cuántas veces lo repita la gente, lo importante es cuántas veces te lo repetirás tú. no eres ni mejor ni peor que otra persona, eres diferente y especial. créetelo aunque nadie te lo haya dicho, si no te es posible, encárgate de descubrir quién eres en realidad, descubre la increíble persona que eres."

- "Deja de buscar razones para ser infeliz, enfócate en las cosas que si tienes, y en las muchas miles de razones por las que deberías ser muy feliz.
- Jamás olvides que la gente que es feliz, no es la que tiene lo mejor de todo, si no la que hace lo mejor con lo que tiene"

Frases utilizadas en la actividad: Acompañamiento

## Apéndice 20: Cuestionario de evaluación de satisfacción del Programa psicoeducativo

### EVALUACIÓN DEL "TALLER AYUDANDOME LO AYUDO"

Con el fin de conocer su opinión para continuar organizando y mejorando este taller, le pedimos que conteste con toda honestidad a las siguientes preguntas:

**Marque con una "X" la opción que mejor describa su respuesta**

1.- ¿Los aprendizajes obtenidos del taller son aplicables en su vida cotidiana?

En  
desacuerdo

Ni de acuerdo  
ni en  
desacuerdo

De acuerdo

2.- ¿El material utilizado en el taller le pareció oportuno e informativo?

En  
desacuerdo

Ni de acuerdo  
ni en  
desacuerdo

De acuerdo

3.- ¿Cómo considera el tiempo asignado a las presentaciones de los temas?

Inadecuado

Ni  
inadecuado  
ni adecuado

Adecuado

4.- ¿Te pareció adecuado el espacio donde se llevó a cabo el taller?

No  
Satisfactorio

Satisfactorio

Excelente

5.- En general, ¿qué calificativo puede dar al taller?

No  
Satisfactorio

Satisfactorio

Excelente

6.- ¿Qué sugerencias u observaciones daría para mejorar el taller?

*Agradecemos su cooperación*



## Apéndice 21: “Palabras de despedida y cierre”

En esta actividad se les pidió a los participantes que dijeran cómo llegaron al taller, cómo se van, qué aprendizajes se llevaban del taller y qué les faltaba por trabajar.

Participante 1: *“Creo que este taller hizo que me procuraré más y puedo ahora darme cuenta de cosas que yo hago y suceden a mi alrededor y que antes no notaba, yo llegué como triste y descuidada, me gustaría continuar con mi proceso personal para averiguar otras cosas sobre mí , y ojalá existiera otro taller o grupo para nosotros, creo que lo necesitamos, los temas me parecieron muy importantes sobre todo la parte de la comunicación y conocer en general todo lo que vimos, porque son cosas básicas que no las vemos pero que realmente influyen mucho en el bienestar de las personas, agradezco mucho haberlos conocido a todos ustedes y a ustedes doctoras porque en verdad me ayudaron mucho, todo lo que hicieron debería haber un seguimiento para trabajar más en nosotros. Me voy más feliz de este taller”*

Participante 2: *“Mejor hablo de una vez antes de que me den más ganas de llorar. A este taller llegué muy desesperada, triste y sin esperanza pero este espacio me ha permitido ver más por mí, por fin regresé a hacer ejercicio, ya no tomo nada de refresco, como más saludable e intento sacar mis sentimientos y emociones con mi familia incluso también con mi hija sin sentirme mal, lo que me cuesta más trabajo aún es modificar justo esa parte interna de lo que le sucedió a mi hija la culpa o el miedo de que haga algo malo, pero ya es menos. Las sesiones fueron muy significativas para mí por eso no falté a ninguna, me han servido para estar más consciente de mí misma y de mis acciones y es algo que me es muy difícil y me esfuerzo mucho por hacerlo desde que inicié con el taller me gustó mucho conocer a otras personas que han vivido cosas como yo y ahora tengo mucha esperanza y tengo muchas ganas de salir adelante y de ser más disciplinada para aplicar lo que vimos en el taller, me hubiera gustado que se hicieran muchas más sesiones porque me siento mejor aquí pero les agradezco mucho haberme dado la oportunidad...”*

Participante 3: *“Yo quiero decir que el taller me gustó mucho y me sirvió para empezar a hacer cambios en mi personalidad, en la forma de dirigirme a las demás personas y para ser más consciente y poner en práctica la asertividad, también quiero decirle a mis compañeros que hay esperanza, que en algún momento sus familiares van a estar bien no se desesperen, yo ya pasé por todo esto y vi la recuperación de mi hija y aunque aún no está dada de alta y le faltan algunas cosas ella está mucho mejor desde que viene aquí al Instituto, no pierdan la esperanza porque siguiendo las recomendaciones de los médicos tal cual, se ven los resultados, yo llegué a este taller creyendo que estaba bien porque mi hija más o menos está estable pero me di cuenta de que también dejé de hacer cosas por mí, cosas que me hacían bien y aún el miedo está presente, el miedo de que regresemos a donde estábamos o que mi hija tenga otras crisis...este taller también me sirvió para cuidarse más, me falta seguir aplicando lo que aprendimos aquí pero creo que voy por buen camino, me siento más tranquila. Doctoras les quiero agradecer mucho todo su profesionalismo, todos los materiales que nos dieron y el trabajo que hicieron con nosotros, gracias por ayudarnos tanto”*

Participante 4: *“Yo quiero hablar ahora, quiero decir que llegué muy estresada y aquí descubrí que realmente me he descuidado y he puesto toda mi vida alrededor de mi hijo y pues veo que no ha sido tan bueno eso, siento que es un círculo vicioso en donde yo me preocupo por él y él se preocupa por mí y al final los dos estamos mal y pesar que ya sabía todo esto jamás había hecho nada y fue hasta este taller que decidí darme al menos este tiempo para hacer algo por mí incluso apago mi celular a pesar de que es muy necesario para mi trabajo tenerlo todo el tiempo prendido, me traslado desde Cuernavaca para atenderme y darme este regalo, y aunque mis cambios han sido lentos porque aún me resisto mucho a darme mi espacio dejando un poquito sin vigilancia a mi hijo, si los he tenido para auto cuidarme, me voy más relajada, estoy muy agradecida con los aprendizajes las sesiones sobre todo lo del estrés y también con mis compañeros, espero poder seguir contactándome con ustedes porque son personas que me entienden pasan por lo mismo que yo y saber eso fue un punto clave para darme cuenta de*

*que no estaba sola y otras personas pasaban por la misma situación. Ahorita tengo ya contacto con L\*\* y con E\*\* ya somos amigas pero quisiera también con los otros y ojalá pudieran hacer otro taller”*

Participante 5: *“Para mí fue muy útil este taller sobre todo la sesión de relajación y respiración, tengo que decir que yo llegué muy incrédulo de todo esto, no sabía a qué venía porque nadie me había informado nada, también vine sin esperar nada y un poco desesperado, pero conforme se fueron dando las sesiones me di cuenta de que era una oportunidad para estar bien y al realizar las actividades fui cayendo en conciencia de algunas cosas que debía modificar para estar bien y así poder ayudar a mi hijo, que algo que me falta por trabajar es hacer las cosas que ya aprendí y que siento que me funcionan. Estoy muy agradecido por todos los aprendizajes, por las sesiones y el tiempo que nos dedicaron. A mis compañeros quiero decirles que me dio mucho gusto conocerlos y que compartir con ustedes todo esto fue muy valioso para mí, conocer otras historias me sirvió mucho para saber de qué otra forma me puedo dirigir y tratar a mi hijo. Gracias por todo, me voy más feliz”*

Participante 6: *“Yo ya iba con mi psicóloga a recibir apoyo porque la enfermedad de mi hija fue un impacto muy grande en mi vida y caí en una gran depresión, nunca había estado con más personas hablando sobre mis cosas y creo que eso me ayudó mucho para tranquilizarme y dejar de ser tan rígida con todo, llegué como... como decirlo... alterada y ahorita ya me siento mejor. Lo que más me gusto fue que pude darme cuenta de muchas cosas sobre mi vida y empezar a cuidarme más desde lo que como, hasta cómo expresar mis sentimientos con la gente, a decir que no a las cosas que no quiero sin ser tan agresiva o grosera, aún me falta relajarme más y por eso trato de hacer los ejercicios que nos dieron. Gracias a todos por haberme escuchado y dejarme opinar sobre sus vidas, antes de esto yo no tenía la posibilidad de contarle mis cosas a alguien y saber que hay más personas que viven lo mismo que yo me hace sentir más tranquila, ojalá se impartieran más talleres así en el futuro y me inviten. “*

Participante 7: *“Muchas gracias por todo, me ayudaron mucho y agradezco mucho haberlos conocido, aprendí mucho sobre mí, entendí que no soy mal padre pero que puedo hacer cosas para ser mejor con mi hija, aprendí a tratarla hace mucho y a ayudarla en sus crisis pero aun así no me sentía bien, ya sé cómo dirigir mi enojo ahora o tranquilizarme también, creo que los problemas ya no soy tan grandes como pensaba y siempre tienen solución, le agradezco mucho a Dios esta casualidad de venir al taller, porque me sirvió mucho, todos los días esperaba que fuera jueves para venir al Instituto para ayudarme a mí, antes siempre venir era por mi hija y me angustiaba mucho y ahorita que me estoy cuidando más ya no me siento tan cansado y triste, gracias por su profesionalismo y por todo el apoyo que nos dieron, me falta seguir trabajando en decir que no sin sentirme mal. Yo llegué aquí como deprimido y ahora me siento más contento”.*

Participante 8: *“Bueno pues ya nada más faltó yo... hace tiempo muchas personas me decían que estaba mal y que necesitaba ayuda y yo solo les decía que no, pero en el taller descubrí que realmente necesitaba ayuda, que todos lo necesitan por pasar en estas situaciones, la respiración me ha ayudado mucho y me siento muy feliz de haberlos conocido y me siento cómoda con ustedes y pues nada mas eso gracias...me falta dejar de angustiarme tanto cuando dejo sola a mi hermana”.*

Participante 9: *“A la mejor yo no tengo tantos problemas como los que escuchaba en el grupo, sin embargo pues ahora puedo ver al mundo de diferente forma ahora cuando me encuentro a alguien en la calle malhumorado o actuando de forma extraña no lo juzgo ni pasa desapercibido como antes, ahora me pregunto y me digo a mí mismo qué tendrá, estará bien?, tal vez está pasando por un momento difícil y me hace reflexionar para no juzgar a nadie, ni las situaciones, yo llegué al taller pues creo que bien, siempre con la mejor intención, sin afán de criticar a alguien y pude compartir cosas que yo sentía también es que yo soy muy introvertido y en general no hablo con nadie ni le cuento cosas a nadie y en este grupo pude hacerlo y me sentía realmente libre es más quiero compartir algo que me pasó hace mucho tiempo, quieren que les cuente? (todos dijeron que sí), hace mucho tiempo cuando yo tenía 24 años una mujer llamó a mi casa y yo respondí, y*

*es que la voz de mi papá y la mía se parece, así que me confundió y me dolió mucho saber que mi papá había traicionado a mi mamá yo no sé si era su amante o novia pero para mí él era mi héroe y mi ídolo lo tenía en un pedestal y me dolió mucho, marcó mi vida y empecé a tratar mal a las mujeres, hasta que un día mi mamá me dijo que lo que sucedía con ella y mi papá era problema de ellos no míos, así que eso pues me ayudó mucho a comprender y reflexionar que lo que suceda a mi alrededor no debe afectar mi vida o mi salud y me liberó y ahora soy una persona diferente por la que me preocupa y hago lo más posible por sentirme cómodo y bien a pesar de los demás o lo que puedan decir. Así que yo los invito a hacer lo mismo, a hacer lo que creyeran correcto y sobre todo lo que les trajera bienestar. Yo aquí aprendí a hablar y a expresarme más, y ahora me siento más libre yo no voy a lugares que no me gustan o en donde no quiero estar y aquí me gustaba estar por eso venía”.*