



Universidad Nacional Autónoma de México

---

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Intervención cognitivo-conductual  
con un cuidador informal de un  
paciente con Alzheimer”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

**REYES VILLEGAS EDNA LUCÍA**

**DIRECTOR DE TESIS**

LIC. CÉSAR ELIZALDE GARCÍA



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



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.

# ÍNDICE

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO 1. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER .....	4
Antecedentes .....	4
Modificación del concepto y avances sobre la enfermedad .....	7
CAPÍTULO 2. CUIDADORES .....	15
Cuidado formal e informal .....	15
Cuidadores primarios informales de enfermos de Alzheimer .....	30
<i>Burnout y burden o sobrecarga</i> en cuidadores informales de pacientes con la Enfermedad de Alzheimer .....	33
CAPÍTULO 3. INTERVENCIONES EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES .....	56
Antecedentes de intervenciones en cuidadores .....	56
Técnicas cognitivo conductuales en intervenciones para cuidadores .....	69
Información general o psicoeducación .....	69
Justificación .....	78
Objetivo .....	81
CAPÍTULO 4. PROCEDIMIENTO .....	82
Tabla 1. Ruta crítica usuaria B .....	84
Tabla 2. Ruta crítica usuaria A .....	102
CAPÍTULO 5. RESULTADOS .....	115
Resultados participante “B” .....	115
Resultados participante “A” .....	121
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES .....	128
REFERENCIAS: .....	143
ANEXOS .....	152

## RESUMEN

Las enfermedades crónico-degenerativas han aumentado su incidencia en los últimos años, como es el caso de la demencia más común, la enfermedad de Alzheimer. Ésta se caracteriza por la pérdida de habilidades cognitivas y motoras, entre ellas la memoria y el lenguaje. Algunos profesionales de la salud han centrado su atención en las personas que atienden directamente a los enfermos, estas personas se denominan cuidadores. Dentro de este grupo, se encuentran los cuidadores informales, que son personas no remuneradas y que comúnmente son familiares, amigos o conocidos de la persona enferma, y se caracterizan por no tener una formación profesional en ésta área, falta de tiempo para cumplir con sus actividades personales, laborales, sociales, además de las de su rol como cuidador. Debido a esto presentan baja realización personal, despersonalización y carga emocional, a esto se le llama burnout. También se puede encontrar en ellos la sobrecarga del cuidador o burden, término en inglés.

Algunos psicólogos han realizado algunas intervenciones dirigidas a esta población bajo el modelo cognitivo-conductual cuyo objetivo ha sido proporcionar habilidades para afrontar de mejor manera las situaciones que llevan al cuidador a padecer burden y/o burnout. Algunas de estas habilidades son solución de problemas, modificación de pensamientos disfuncionales, control de la respiración y habilidades sociales para ampliar sus redes de apoyo.

En esta intervención se atendieron a dos cuidadoras informales de personas con Alzheimer residentes de la Ciudad de México. Durante la intervención se abordaron las temáticas y técnicas mencionadas. Se encontró que una de ellas redujo considerablemente sus niveles de burden y burnout, mientras que la segunda se mantuvo en el mismo nivel. Se discuten las implicaciones de estos resultados, así como la explicación en torno al modelo cognitivo-conductual.

Palabras clave: Cuidadores, Burden, Burnout, Cognitivo-conductual, Alzheimer.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónico-degenerativas han aumentado su incidencia en los últimos años. Ramos y Figueroa (2011) mencionan que los cambios demográficos y epidemiológicos actuales han obligado a poner atención e interés en el cuidado de los enfermos, ya que por el aumento de estas enfermedades, el número de personas que requieren cuidados y asistencia también ha incrementado.

A partir de esto, los sistemas de salud de distintos países han tenido que encontrar y aplicar estrategias para la intervención y con ello también para el cuidado de los enfermos dentro y fuera del ámbito hospitalario.

En algunos países los profesionales de la salud han centrado su atención en las personas que atienden directamente a los enfermos, los cuales se denominan cuidadores. Existen dos tipos de cuidadores: formales e informales. Los cuidadores formales son personas remuneradas económicamente y que se han preparado profesionalmente para realizar dicha labor mientras que los informales son personas no remuneradas y que comúnmente son familiares, amigos o conocidos de la persona enferma.

Es importante destacar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006) menciona que es insuficiente el gasto que el gobierno asigna a los servicios de atención comunitaria y domiciliaria y continúa lejos de los niveles de cortes presupuestarios en el sector salud, haciendo hincapié en que las mujeres son las obligadas a asumir los costos del cuidado en los hogares y comunidades.

La OPS (2006) afirma que el trabajo no remunerado en salud es visto como una prolongación del trabajo doméstico de las mujeres. Además de que no es registrado ni en las estadísticas de salud, ni en los presupuestos nacionales. Otro dato importante que la OPS menciona es que, en España, 88% del trabajo de atención de salud no es remunerado.

Una población que requiere de la atención por parte de cuidadores, son las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer. Lorenzo y Fontán en el 2003 indicaron que la prevalencia de la enfermedad está relacionada con la edad y ésta aumenta con el envejecimiento. En ese año la población mundial de adultos mayores era de 414 millones y se estimaba que en 2025 se incrementará a 804 millones, por este motivo la incidencia de la enfermedad de Alzheimer podría aumentar considerablemente y traería consigo un incremento en el número de cuidadores.

Esta población en particular requiere de la atención de cuidadores, no sólo por las características de la enfermedad de Alzheimer, sino a su vez, por los cambios que el envejecimiento trae consigo. Por las características culturales de la población mexicana, la labor de los cuidadores no es tomada como un trabajo remunerado y se le adjudica a la familia, en especial a las mujeres.

Esta labor se dificulta debido a que lo conjugan con el resto de sus actividades personales, laborales y sociales, además de que no se les capacita. Debido a esto presentan lo que se denomina como burnout, que refiere a baja realización personal, despersonalización y carga emocional, o burden que se expresa como la sobrecarga del cuidador.

Debido a esto, es importante realizar intervenciones psicológicas para el restablecimiento del bienestar de los cuidadores informales, que son los que cuentan con menos apoyo a comparación de los cuidadores formales. Este trabajo desarrollará una intervención cognitivo-conductual en un cuidador informal de un paciente con Alzheimer para disminuir el burnout y el burden.

# CAPÍTULO 1. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

## Antecedentes

Alois Alzheimer nació el 14 de junio de 1864, en Marktbreit, Alemania, hijo de Eduard Alzheimer y Therese. Tuvo 8 hermanos, dos de ellos hijos de mujeres diferentes cada uno. Cuando Alois tenía 18 años su madre muere, justo un año antes de salir del bachillerato (Maurer y Maurer, 2006).

Cuando terminó el bachillerato decide estudiar medicina, lo cual lo lleva a cabo en diversas universidades. En Berlín 1 semestre, Würzburg, y Tubinga. En 1888, Alois aprobó el examen ante el tribunal médico de Würzburg, por lo que obtuvo la posibilidad de ejercer la medicina en Alemania. Ese mismo año comenzó a trabajar en la Institución para Enfermos Mentales y Epilépticos de Frankfurt, hospital que estaba en necesidad urgente de contar con un médico asistente, como lo fue Alzheimer. En esa institución realizó muchas investigaciones microscópicas, lo que le dio relevancia científica a la psiquiatría en ese entonces (Maurer y Maurer, 2006; Contreras-Pulache, 2014).

En 1894 contrajo matrimonio con Cecilie Wallerstein, la cual murió 6 años después. Y ese mismo año, un mes después de casarse tuvieron a su primogénita, en 1896 tuvieron a un varón llamado Hans Alzheimer, y en 1900 a una niña llamada Gertrud (Maurer y Maurer, 2006).

De acuerdo con los mismos autores, Cecilie muere en 1901 de manera prematura. Su problema de salud inicia con una infección de garganta, y más adelante sufre de dolor en las articulaciones y una afectación en los riñones.

El mismo año que enviudó, se dio pie a lo que sería su inicio a la investigación de la Enfermedad de Alzheimer, ya que Auguste D. fue internada en la Institución ubicada en Frankfurt donde Alois laboraba y éste sostuvo conversaciones con la paciente, una mujer de 52 años (Contreras-Pulache, 2014). Posterior a estas pláticas con Auguste D., Alzheimer se muda en 1903 a Heidelberg para enseguida cambiarse a Múnich, donde realizó una ardua investigación sobre sífilis y parálisis. Cuando se marchó de Frankfurt, le pidió a

su colega Sioli que lo mantuviera al tanto de lo que sucediera con Auguste D. y que hiciera observaciones sobre sus cambios, además de notificárselas posteriormente, ya que Alzheimer estaba muy interesado en la evolución de la enfermedad de Auguste D (Maurer y Maurer, 2006).

De acuerdo con Contreras-Pulache (2014) los síntomas y signos de la paciente eran: problemas para recordar cosas, errores al cocinar, paseos incesantes e injustificados por su casa y despreocupación gradual y general. Además en las noches gritaba durante horas, caminaba arrastrando las sábanas y creía que un hombre acudía a su casa repetidamente con intenciones de “hacerle algo” (García y Villagómez, 2008).

Auguste D. muere en Abril de 1906, mientras Alzheimer ya no laboraba en esa institución, como se mencionó anteriormente, por lo que Alois pidió que le enviaran el cerebro y el expediente de Auguste D para estudiarlo. Alois creía que esta joven presentaba una “enfermedad peculiar” nueva. Al realizar la necropsia, observó que la corteza cerebral estaba muy atrofiada, Alzheimer identificó las lesiones en el tejido nervioso, encontró ovillos neurofibrilares y depósitos proteicos (Contreras-Pulache, 2014; Maurer y Maurer, 2006).

En palabras de Alois Alzheimer, en 1907, describe a August D como una paciente de 51 años que “... presentó como uno de sus primeros síntomas un fuerte sentimiento de celos hacia su marido. Muy pronto, evidenció rápidamente fallas a nivel de la memoria; se mostraba desorientada cargando objetos de un lado a otro en su departamento y ocultándolos. Algunas veces sentía que alguien quería matarla y comenzaba a gritar fuertemente... Luego de 4 años y medio de enfermedad murió.” (Maurer, Volk, Gerbaldo, 1997; p. 1548). Alzheimer presentó dicho trabajo en el congreso de Tübingen, pero pasó desapercibido (Contreras-Pulache, 2014). Sin embargo, en 1907 publicó un artículo sobre el caso de Auguste D. en la revista *Revista general de psiquiatría y medicina psiquiátrico-forense*.

Kraepelin publica un texto que en el futuro fue considerado el comienzo que da nombre a una de las enfermedades más relevantes de la Medicina. Los

síntomas de la demencia presenil, según este psiquiatra son: retraso mental, mnemastenia y déficit cognitivo, confusión, desconcierto, desorientación, no reconocen a las personas y además regalan sus objetos personales. Las personas que lo padecen desarrollan cierta agitación, parlotean, hablan entre dientes, cantan, ríen, pellizcan, además comienzan a descuidar su aseo personal y no entienden ordenes ni gestos, desconocen objetos e imágenes (Maurer y Maurer, 2006).

Respecto al lenguaje, Kraepelin asegura que los enfermos pueden pronunciar palabras o frases sueltas y comprensibles, sin embargo, producen un parloteo ilógico, y cuando evoluciona la enfermedad pueden enmudecer y en pocas ocasiones generan palabras aisladas pero comprensibles o sílabas sin sentido. Tampoco pueden escribir, ni entienden palabras o gestos. No reconocen a familiares y responden con gestos de enojo. Pierden independencia, es decir, ya no pueden comer solos ni son capaces de ocuparse de sí mismos (Ídem).

En 1910, Emil Kraepelin publicó el descubrimiento de Alzheimer, e introdujo el epónimo "Enfermedad de Alzheimer". Asignó este término a la demencia presenil en su texto *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (Fuentes, 2003).

En 1912 Alois y casi toda su familia se mudan a Breslau, donde Alzheimer daría clases en la Universidad Silesia Friedrich-Wilhelm y dirigiría un importante hospital. Sin embargo, una enfermedad que se dijo, la pudo contraer durante el camino hacia Breslau o por los esfuerzos realizados tras semanas de estar en el proceso de cambio de residencia. Kraepelin mencionó que una angina infecciosa con nefritis y artritis fue lo que sufrió y que jamás pudo recuperarse completamente. Desde entonces Alzheimer sufrió de disnea y angina de pecho.

Maurer y Maurer (2006) mencionan que Alzheimer en 1915, meses después de casar a su hija mayor, comenzó a sufrir molestias cardíacas dolorosas y frecuentes. Sin embargo, no detiene su trabajo y empieza su

proyecto de investigación sobre idiocia (retraso mental profundo), aunque lo dejó en un simple borrador. En octubre del mismo año no pudo levantarse más de la cama y un mes después sufre insuficiencia renal y disnea progresiva.

El 19 de diciembre de 1915 muere a la temprana edad de 51 años, debido a una pericarditis a los 51 años de edad (Contreras-Pulache, 2014). En su lecho de muerte estuvo en compañía de su hija mayor recién casada, su yerno, sus otros hijos y su hermana. Cabe destacar que Alois Alzheimer dejó el inicio de una importante investigación en la historia de la medicina (Maurer y Maurer, 2006).

Los mismos autores señalan que la historia clínica de Auguste D. en la que se basa la investigación de Alois Alzheimer se descubrió hasta 1995. En una ardua búsqueda de ese documento, Maurer y Volk, junto con Gerbaldo lo encontraron archivado erróneamente con expedientes de pacientes ingresados a la clínica donde estuvo Auguste D. a partir de 1920, es por esto que se retrasaron en encontrarlo.

### **Modificación del concepto y avances sobre la enfermedad**

Posterior a la muerte de Alzheimer, Kraepelin dejó de hacer referencias a la enfermedad de Alzheimer a pesar de que él la introdujo al mundo científico, sin embargo, Georg Stertz, yerno de Alzheimer realizó algunas publicaciones respecto a la exploración de casos clínicos en hospitales de Múnich (Maurer y Maurer, 2006).

Los mismos autores mencionan que en 1936 Pittrich presenta en Francfort frente a la Asociación de Neurólogos y Psiquiatras Alemanes un caso de un adulto mayor de 70 años de edad diagnosticado con la enfermedad de Alzheimer. Esto ayudó a la denominación de esta enfermedad.

Maurer y Maurer (2006) afirman que durante la segunda guerra mundial no se hicieron investigaciones sobre la enfermedad de Alzheimer, sino que hasta el año 1962, en Berlín, Elfriede Albert presentó un caso de una paciente con Alzheimer. Dos años después publicó "Demencia senil y enfermedad de

Alzheimer como manifestaciones de una misma patología”. En este trabajo se puntualizó que no existe diferencia importante entre la demencia precoz, la enfermedad de Alzheimer y la demencia senil. A esta misma conclusión se llegó en un simposio llevado a cabo en Lausana, Suiza. En la que H. Lauter propuso la denominación “Demencia Alzheimer” (Maurer y Maurer, 2006).

En 1952 el DSM incluyó poca información respecto a la enfermedad de Alzheimer. Lo clasificó como Síndrome cerebral crónico asociado con otras perturbaciones del metabolismo, el crecimiento o la nutrición. Y se definió como síndrome cerebral de grave progreso que ocurre a temprana edad. El grado de atrofia cerebral es generalmente grave, y se puede demostrar por medio de un neumoencefalograma. De igual manera, se incluyó en la clasificación: desórdenes de personalidad, a los que definen como tendencias patológicas en la estructura de la personalidad. El trastorno se manifiesta por un patrón de comportamiento y no en síntomas mentales o emocionales. Agregando que en ocasiones las enfermedades orgánicas del cerebro, como encefalitis epidémica, lesiones cerebrales, enfermedad de Alzheimer, etc., producen cuadros clínicos semejantes a un trastorno de la personalidad. En estos casos, se diagnostica como un síndrome cerebral crónico con reacción conductual.

Posteriormente, en 1966 un trabajo realizado por Tomlinson, Blessed y Roth fue publicado. En dicho trabajo muy importante para la historia, realizaron la autopsia de 50 pacientes dementes, compararon los resultados con un grupo control de personas mayores no dementes y llegaron a la conclusión de que más de la mitad de los dementes coinciden patológicamente con la enfermedad de Alzheimer (Maurer y Maurer, 2006). Y además que la mayoría de las demencias aparecían después de los 65 años eran del mismo tipo que Alzheimer describió a principios del siglo XX y que fue aislada de manera arbitraria (Thomas, Pesce y Cassuto, 1990).

En 1968 el DSM II clasificó la enfermedad de Alzheimer en demencia pre-senil. En donde explica que son las enfermedades cerebrales corticales que presentan cuadros clínicos similares a los de la demencia senil, sin embargo, éstas aparecen en los grupos de edad más jóvenes. Hace hincapié

en que las enfermedades de Pick y Alzheimer son las dos formas más conocidas, y que cada una tiene una patología específica del cerebro.

Un dato importante que Thomas, Pesce y Cassuto (1990) señalan es que en Londres se celebró el primer congreso mundial sobre la enfermedad de Alzheimer y las demencias seniles en el año 1977, y esta fecha coincide con el comienzo de la concientización del público en general respecto a esta enfermedad, ya que el aumento de la esperanza de vida, por ende, provocaba un incremento de esta enfermedad y a su vez otro en las investigaciones y publicaciones científicas al respecto.

En 1980, en el DSM III dentro de la definición de demencia se mencionó el Alzheimer en la sección de factores etiológicos, en donde ya se menciona a esta enfermedad como la demencia más común, asimismo se indica nuevamente que ésta se relaciona a la demencia presenil y senil, y que además las personas con síndrome de Down están predispuestas a padecer esta enfermedad.

Peña-Casanova (1999) menciona que en 1984 en Estados Unidos se llevó a cabo una conferencia que tenía por objetivo acordar los criterios sobre el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, los criterios NINCDS-ADRDA. Cabe resaltar que desde este acuerdo se introdujeron los conceptos de enfermedad de Alzheimer: “probable”, “posible” y “definitiva”.

Un año después, el National Institute of Aging creó los diez primeros centros de investigación sobre la enfermedad de Alzheimer en Estados Unidos. Asimismo se creó el Consortium to Establish a Registry for Alzheimer Disease, en español, Consorcio para establecer un registro de la enfermedad de Alzheimer. Éste instauró ciertos criterios de trabajo que constituyen una adaptación práctica de los criterios sobre el diagnóstico, que fueron establecidos en 1984, los cuales han permitido mejorar la fiabilidad de los diagnósticos clínicos en relación con los diagnósticos basados en autopsias.

En el año 1995, en la cuarta edición del DSM, se clasificó a la enfermedad de Alzheimer en la sección de demencia y se menciona en: inicio

temprano y en inicio tardío, asimismo en demencia de múltiples etiologías. Y reiteran que las personas con Síndrome de Down tienen mayor riesgo a padecer la enfermedad de Alzheimer.

López-Álvarez y Agüera-Ortiz (2015) aseguran que gracias a los avances en neurociencias se sabe de la existencia de pacientes que no tienen demencia a pesar de presentar las placas amiloides difusas, típicas de la enfermedad de Alzheimer, y también que esta enfermedad puede manifestarse con síntomas clínicos atípicos y la neuropatología generarse años antes de los primeros síntomas clínicos estableciendo que la demencia será el estadio final de la enfermedad. Por lo que sabiendo esto, podemos diferenciar dos estadios en la enfermedad de Alzheimer: el primero es el estadio preclínico, es decir, asintomático y el segundo estadio el sintomático, en otros términos, es la etapa en la que aparecen las primeras quejas cognitivas hasta las fases avanzadas de la demencia.

De acuerdo con López-Álvarez y Agüera-Ortiz (2015), en los últimos años se han actualizado los criterios diagnósticos de la enfermedad de Alzheimer y la demencia. Son los denominados criterios de Dubois et al. (2007) y la actualización de los criterios NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological Disorders and Stroke Alzheimer Disease and Related Disorders), revisados en 2011 por McKhann et. al., que actualmente se denominan criterios NIA-AA.

McKhann et. al. (2011) se plantearon como objetivo analizar los criterios NINCDS-ADRDA para después actualizarlos con las innovaciones que se habían hecho en el aspecto de imagen, evaluación clínica y de laboratorio. Lograron esto estableciendo criterios para todas las causas de la demencia y, criterios para la demencia causada por la Enfermedad de Alzheimer. Estos autores se aseguraron que los criterios establecidos serían flexibles para ser utilizados tanto por la atención médica en general que no tiene acceso a pruebas neuropsicológicas, imágenes avanzadas, y medidas de líquido cefalorraquídeo (LCR), como también por los investigadores especializados o los estudios de ensayos clínicos que sí tendrían acceso a estas pruebas.

López-Álvarez y Agüera-Ortiz (2015), plasman en una tabla las diferencias entre los criterios establecidos en 1984 y los establecidos en 2011. Los cuales se resumen de la siguiente manera: la edad de aparición en los criterios de 1984 era de los 40 a los 90 años mientras que en los nuevos criterios es a cualquier edad. En el aspecto clínico, el criterio era síndrome amnésico y actualmente son síntomas cognitivos o conductuales. En la misma línea, el deterioro cognitivo leve anteriormente no se tomaba en cuenta, ahora se diagnóstica en función de la repercusión funcional del paciente. Y por último, los marcadores biológicos antes no eran tomados en cuenta, sin embargo ahora es opcional.

Los mismos autores indican que Dubois et. al. (2007) y McKhann et. al. (2011) reconocen que la enfermedad de Alzheimer es asintomática y que ésta empieza antes que la demencia. Por otro lado, los criterios propuestos por McKhann et al. (2011) es decir, los NIA-AA, dan mucho peso al examen neuropsicológico de diferentes aspectos cognitivos, a la evaluación psicopatológica y funcional, y no solo a la alteración de la memoria. Por lo tanto, esto permite que el diagnóstico se pueda dar sin necesidad de tener una gran sofisticación tecnológica por parte de la asistencia de salud. Cabe destacar que el uso de biomarcadores, de acuerdo a los criterios NIA-AA, apoya el diagnóstico pero no es imperioso su uso, a diferencia de los criterios establecidos por Dubois et. al.

En 2013, se realizó la última edición del DSM, hasta ahora. En ella clasifican a la enfermedad de Alzheimer como trastorno neurocognitivo. Y éste a su vez se clasifica en tres categorías: delirium, trastorno neurocognitivo menor y trastorno neurocognitivo mayor. La enfermedad de Alzheimer está catalogada en las dos últimas categorías.

### **Definición y fases de la enfermedad**

Thomas, Pesce y Cassuto (1990) definen *demencia* como un síndrome clínico que se caracteriza por una disminución general y progresiva de todas

las facultades intelectuales, y esto repercute en la vida social y profesional de quien la padece. Es de etiología múltiple e irreversible.

La Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares (1999) informó que la demencia es un desorden de las funciones cognitivas superiores, como la memoria, el lenguaje, atención, etc. el cual afecta de manera gradual con el paso del tiempo y perturba el razonamiento y las actividades de la vida diaria.

En la misma línea Peña-Casanova (1999) define la demencia de la siguiente manera:

La demencia es una disminución de la capacidad intelectual en comparación con el nivel previo de función. Normalmente, esta disminución va acompañada de cambios psicológicos y del comportamiento y da lugar a una alteración de las capacidades sociales y laborales de quien la padece. (p.10)

Acosta, et. al. (2012) inician refiriendo una antigua definición de demencia: *de-mens*, que está conformada por el prefijo *de* que significa *ausencia* y el sufijo *mens* que significa *alma, espíritu o inteligencia*, y esta era una manera de describir a las personas que “habían perdido el rumbo de su conducta” (p. 3).

Los mismos autores definen la demencia como “Un síndrome de deterioro global cognitivo y conductual, adquirido, degenerativo (en la mayoría de los casos), multi-etiológico, que va a repercutir en la vida laboral, familiar y social de la persona” (p.4). Coincidiendo con lo que Fontán (2012) asegura. Éste autor agrega que la enfermedad de Alzheimer es una Encefalopatía Degenerativa Primaria, no tiene causa conocida y lleva a quien lo padece a una incapacidad y dependencia social.

Las principales características de la demencia son: problemas para recordar algo y dificultad para realizar actividades habituales, confusión, alteraciones en el comportamiento y en el carácter, daño en el razonamiento, o

problemas con el lenguaje, seguimiento de instrucciones y en completar el pensamiento (AMAES, 1999).

Una condición de presentar algún tipo de demencia es que el paciente, al mismo tiempo que su enfermedad avanza también va perdiendo su independencia, tampoco puede desarrollar una vida autónoma y al final requiere ayuda constante y la supervisión de otras personas (Peña-Casanova, 1999).

Acosta et. al. (2012) plantean que la demencia puede ser adquirida, de múltiple etiología, es decir que puede tener más de una causa, irreversible y resistente, fija o progresiva y en ocasiones puede ser regresiva.

AMAES (1999), Peña-Casanova (1999) y Petersen (2002) y mencionan que la causa más común de demencia es la enfermedad de Alzheimer. Ésta afecta principalmente a los adultos de 60 años o más, su desarrollo no se puede eludir y es irreversible.

Petersen (2002), Donoso (2003) y Feria (2005) señalan que la enfermedad de Alzheimer es una demencia de comienzo engañoso y de lenta progresión, y que las personas que lo padecen pierden paulatinamente el intelecto, la memoria, la capacidad de razonar, aprender y comunicarse así como también afecta en la personalidad del que lo padece. Esto ocasiona que, como se ha mencionado, no puedan llevar a cabo tareas simples y rutinarias e incluso no puedan cuidarse a sí mismos.

Fontán (2012) afirma que la etiología de la enfermedad de Alzheimer es desconocida y se considera que ésta surge por una combinación de factores ambientales donde interactúan con factores de riesgo, el más relevante es la edad, ya que a mayor edad mayor posibilidad de padecer esta enfermedad. Asimismo, el primer síntoma de la enfermedad de Alzheimer en el 95% de los casos es el trastorno de memoria.

Petersen (2002) indica que esta enfermedad destruye las neuronas, iniciando por las que se localizan en el hipocampo; el control del sistema de

memoria, es por esto que la pérdida de memoria se manifiesta en las primeras etapas de dicha enfermedad, asimismo puede haber desorientación y pérdida de la memoria espacial, es decir, la percepción del lugar que ocupan objetos y lugares en relación espacial.

Después se extiende a los lóbulos frontal, parietal y temporal de la corteza cerebral. A su vez, ataca otras partes del sistema límbico. Los daños a las neuronas de estas zonas del cerebro conlleva deterioro cognitivo, enfatizando problemas de lenguaje, capacidad de planear, hacer juicios y realizar tareas simples. Al verse afectado el sistema límbico, se entiende que el comportamiento agresivo y la paranoia son efectos de esta enfermedad.

## **CAPÍTULO 2. CUIDADORES**

### **Cuidado formal e informal**

Ramos y Figueroa (2011) mencionan que hace pocos años la decisión respecto al cuidado de los enfermos estaba en manos de médicos y enfermeros, sin embargo, ahora se ha extendido a los hogares, con lo cual la participación de personas no profesionales se ve involucrada.

Los hospitales tanto públicos como privados han decidido transferir a los hogares el cuidado de pacientes posoperatorios o con enfermedades que requieren un cuidado a largo plazo. Esto con el fin de disminuir los gastos en la atención a los pacientes en las instituciones de salud (Ramos, 2008; Ramos y Figueroa, 2011).

Crespo y López (2007) indican que el cuidado informal tiene importantes alcances en políticas sociales y sanitarias, así como una reducción o eliminación del uso de recursos y servicios de asistencia formales, por lo que hay una importante disminución del gasto público. Sin embargo, la responsabilidad, la carga y las consecuencias que ejerce el cuidado informal sobre la salud física y psicológica del cuidador pocas veces son reconocidas por la familia, las instituciones y la sociedad (Ramos y Figueroa, 2011).

De igual manera, Bayarre, Pérez y Menéndez (2006) afirman que el aumento de la cantidad de población avejentada, los procesos de transición demográfica, epidemiológica y el incremento de la longevidad mundial, tienen impacto en la solicitud del cuidado y modifican la demanda en salud, esto suscita desventajas sociales y económicas; además de que existe un aumento del índice de dependencia de las condiciones de salud física, mental y a su vez existe una reducción en años esperados de vida activa y saludable, así como un aumento creciente de enfermedades crónicas progresivas más que agudas.

Los cambios demográficos y epidemiológicos que ocurren actualmente obligan a considerar con gran interés el cuidado de los enfermos, ya que ha aumentado significativamente la cantidad de personas que requieren dichos

cuidados y asistencias por mucho tiempo o de manera permanente, es decir, personas con enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diabetes, tumores malignos, neurológicas, etcétera (Ramos y Figueroa, 2011).

Ramos (2008) menciona que la incapacidad en las enfermedades crónico-degenerativas es “el déficit funcional resultado de la enfermedad de un órgano, aparato o sistema” (p.20)

Ramos y Figueroa (2011) reportan varias determinantes socio-demográficas relacionadas con el aumento del tiempo y tareas dedicadas al cuidado en el hogar. Estos autores aseguran que hay estudios en los que se revela que el segmento de la población que está creciendo es el de los adultos mayores, dichos estudios predicen que en el 2025 habrá 1200 millones de adultos mayores y en el 2050 habrá 2000 millones, estas cifras son mundiales.

Ramos (2008) mencionó que de acuerdo con un estudio realizado en el Departamento de Geriatria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en el Distrito Federal, para el cual se aplicó la Encuesta para el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México a adultos mayores de 65 años, se encontró que el 24% resultó dependiente a actividades de la vida diaria y el 23% a actividades instrumentales. Asimismo las enfermedades relacionadas a estas actividades fueron articulares, cerebrovasculares, deterioro cognitivo y depresión.

Otro cambio demográfico que Ramos y Figueroa (2011) mencionan es el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, por ejemplo en México el predominio de este tipo de enfermedades son: la hipertensión, insuficiencia renal crónica, cáncer, lesiones por accidentes y violencia.

De acuerdo con INEGI (2015), las enfermedades crónico-degenerativas como principal causa de muerte aparecen en la población mexicana a partir de los 25 años, siendo tumores malignos en mujeres y VIH en varones. De 35 a 44 años, las principales son enfermedades en el hígado en hombres y en mujeres tumores malignos, diabetes y enfermedades del corazón. En el grupo de edad de 45 a 64 años son diabetes, enfermedades del corazón y del hígado en

hombres y en mujeres son las mismas del grupo de edad anterior. Y por último en hombres de 65 años o más los hombres mueren en su mayoría de enfermedades del corazón, diabetes y tumores malignos, mientras que las mujeres mantienen las mismas enfermedades ya mencionadas en los dos grupos anteriores de edad.

De acuerdo con la ENSANUT 2006 realizada por Olaiz (2006), durante los últimos 50 años aumentó la esperanza de vida y las principales causas de enfermedad y muerte han sido enfermedades infecciosas y carenciales, enfermedades crónicas (diabetes, enfermedades del corazón y neoplasias malignas), accidentes y violencia.

Ramos (2008) menciona que de acuerdo con la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud en 2005 reportó que las causas principales de años de vida saludables perdidos en mujeres eran: depresión y diabetes con 6.5%, enfermedades isquémicas del corazón 2.8%, osteoartritis 2.3%, cataratas 2.2%, enfermedad cardiovascular 2.2%, demencias y enfermedad de Alzheimer 2.1%. Para los hombres las causas más comunes fueron: enfermedades del hígado y cirrosis 5.1%, uso de alcohol 4.8%, accidentes de tránsito 4.6%, diabetes 4.5%, enfermedades isquémicas del corazón 3.5% y depresión 2.6%. De acuerdo al INEGI (2015), la esperanza de vida actual en México es de 75 años en promedio, en mujeres es de casi 78 años y en hombres de 72 años.

La tendencia en el perfil epidemiológico de la población sugiere que la demanda de servicios médicos se incrementará tanto en volumen como en costos, lo mismo que los cuidados de larga duración en los hogares debido al envejecimiento, la enfermedad, la incapacidad y la hospitalización (Ramos y Figueroa, 2011).

En la misma línea, Ramos y Figueroa (2011) mencionan un punto relevante respecto a este tema, que sugieren Pearlin, Mullan, Semple y Skaff en 1990. Estos autores afirman que la investigación sobre el cuidado no puede pasar desapercibida, ya que existen varias razones, la primera es el cambio

demográfico de las sociedades contemporáneas: las personas viven más tiempo y mientras más tiempo vivan mayor es el riesgo a adquirir una enfermedad crónica que perjudican su capacidad para cuidarse. También debido a los avances médicos, las personas con discapacidad sobreviven por periodos más largos a pesar de su problema de salud. Lo que conlleva a un aumento de costos y que las familias se encarguen del cuidado.

Nieto (2002) menciona que el rol de la familia en estos casos es básico, porque aunque se cuente con apoyo domiciliario de servicios profesionales, la familia es el marco de referencia social básico del enfermo.

Ramos y Figueroa (2011) mencionan la definición de cuidado informal que Pearlin, Mullan, Semple y Skaff señalan en 1990: la cual dice que son las actividades y experiencias involucradas en proveer ayuda y asistencia a familiares o amigos que no pueden facilitarse ellos mismos.

Crespo y López (2007) definen cuidador como una persona que presta cuidados a otra persona, es decir, pensar o discurrir para algo, tener cierta preocupación, dedicar atención e interés en que una cosa no sufra daño, ocuparse, asistir a un enfermo, etc.

Labrador (2007) menciona que un cuidador es cualquier persona que añade a su quehacer cotidiano la actividad de atender y cuidar a una persona, esto de manera gradual.

La clínica mayo en 2002 menciona que un cuidador es la persona responsable de las necesidades de otra, ya sea permanentemente o temporal. Esto se refiere a cuidados médicos, físicos, compañía y apoyo emocional. Asimismo, el cuidador mientras cuida de la otra persona también debe ser responsable de su salud física y mental, de sus tareas profesionales o como madre o padre, si es el caso.

Existen dos tipos de cuidados, el cuidado formal e informal. El cuidado formal se refiere al que las instituciones gubernamentales ofrecen llevada a cabo por médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos,

rehabilitadores, etc., es decir, personas certificadas para realizar dicha labor. Se caracterizan por ofrecer sus servicios en instituciones públicas o privadas y reciben remuneración por su servicio (Centeno, 2004; Ramos y Figueroa, 2011).

El cuidado informal o primario es definido como el conjunto de actividades humanas, físicas, mentales y emocionales que tienen el objetivo de mantener la salud y el bienestar del individuo con discapacidad o dependencia. Generalmente la otorgan los familiares de manera altruista o voluntaria pero en ocasiones de manera impuesta, se ofrece en el hogar y no reciben remuneración económica (Centeno, 2004; Ramos, 2008; Ramos y Figueroa, 2011).

Fernández et al. (2011) definen al cuidador informal como el individuo que asume las tareas del cuidado, además de que es percibida por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y no es remunerada económicamente.

De acuerdo con Lerin (2013) el cuidador principal es la persona que se encarga del cuidado diario y prolongado del enfermo, que se responsabiliza del bienestar, de cubrir las necesidades básicas e instrumentales del enfermo y sus demandas en el transcurso de un periodo indeterminado.

De la Cuesta (2004) define el cuidado informal como el cuidado no remunerado proporcionado por la familia, los amigos, los vecinos o parientes y éste se presta cuando hay una necesidad de cuidado personal en actividades de la vida cotidiana con el objetivo de que las personas enfermas puedan permanecer en su hogar.

Ramos y Jarillo (2014) definen el cuidado informal como una práctica social en la que se establece una relación humana y en ella existe el intercambio de experiencias y subjetividades propias de los cuidadores informales y sus receptores de cuidado. Además implica la realización de diversas tareas que demandan esfuerzo y energía del cuidador que pueden vulnerar su propia salud. Dichas tareas son desde llevar a cabo actividades

básicas de la vida diaria o de autocuidado como bañarse, vestirse, asearse, comer, etc., hasta aquellas que tienen que ver con actividades como llevar al médico, movilizar al paciente, hacer trámites administrativos y legales, etc. Cabe destacar que este tipo de cuidado se caracteriza por ser una actividad no profesional, no remunerada, frecuentemente realizada por mujeres, no valorada socialmente y que se desarrolla en el ámbito de las relaciones privadas o familiares dentro del hogar, y esto sucede tanto en países desarrollados como en desarrollo.

Labrador (2007) asegura que en España la mayoría de los cuidadores de ancianos son familiares (97.5%), que el 84% son mujeres, el 58% son hijos de estos ancianos, el 53% son personas que se encuentran en un rango de edad de 40 a 59 años.

Cabe destacar que en México no hay datos estadísticos al respecto, únicamente INEGI (2015) rescató información sobre las horas semanales que en promedio mujeres y hombres dedican al cuidado de un integrante del hogar que requiere cuidados especiales con enfermedad crónica, temporal o discapacidad. De lo cual resultó que las mujeres dedican 26.6% de horas semanales y los hombres 14.8%, es el segundo tipo de cuidado al que se le destina mayor cantidad de tiempo.

De acuerdo con Ramos (2008), como parte de un proyecto de la UNAM el cual estaba encabezado por Ramos, Barcelata, Islas, Alpuche y Salgado, llevado a cabo entre julio y noviembre del 2006, tenía por objetivo describir las características sociodemográficas de los cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedad crónico-degenerativa que vivían y eran atendidos en la Ciudad de México. Participaron 175 cuidadores informales de los cuales el 80% eran mujeres, tenían un promedio de edad de 49 años, 74.3% estaban casados o en unión libre, 48.6% eran amas de casa y el 57.2% reportó un nivel de escolaridad básica.

El 53.1% reportó que las actividades que realizan la mayor cantidad de tiempo son cuidar de un enfermo y tareas del hogar. El 38.3% reportó que su

ingreso mensual era de 1,000 a 3,000 pesos y el 28% menos de 1,000 pesos, el 76% vive en la misma casa del paciente.

El 41.1% de los pacientes presentaban alguna enfermedad del sistema respiratorio, el 23.4% tenían enfermedades del sistema cardiocirculatorio. La edad promedio del paciente es de 62 años y el 61% son mujeres. El 28% de los cuidadores ha desempeñado su tarea de uno a tres años mientras que el 24.6% de cuatro a seis años. El 94.3% no recibe remuneración económica. El 39% son hijas de la persona enferma y el 30.3% son cónyuges, el 36.6% dedica de 12 a 24 horas diarias y el 30.3% entre una y cinco horas.

Las actividades que realizan son dar compañía y llevar al paciente con el médico, el 62.3% reportó no haber recibido capacitación del equipo de salud sobre la enfermedad del paciente, el 73.7% manifestó no recibir información sobre qué es un cuidador y sus implicaciones, asimismo reportan que el nivel de estrés percibido es poco a moderadamente estresante. El 55 % declaró sí recibir apoyo familiar.

Por otro lado, los investigadores observaron que el 52% no van al médico hasta que se sienten muy mal y el 90% reportó nunca haber consultado un psicólogo, psiquiatra o terapeuta. El 64% indicó que por falta de tiempo no cuidan más de su salud.

Por otra parte, De la Cuesta (2004) afirma que el cuidador informal no tiene un horario o períodos específicos de descanso que le permitan interrumpir su actividad y muchas veces no puede compartir su responsabilidad con otros, además de que no cuenta con formación para realizar la tarea del cuidado.

De la misma manera, Crespo y López (2007) mencionan que en la mayoría de las ocasiones el cuidador organiza su vida en función de la persona a cuidar. En especial, cuando prestan sus cuidados a personas con enfermedades crónicas degenerativas tienden a establecer su horario en función del enfermo al que atiende.

Seltzer y Li (2000) proponen tres etapas que un cuidador atraviesa al serle asignado su rol, las cuales implican la ayuda que el cuidador tiene que otorgar y esto probablemente puede ser estresante para él, además de que es una actividad no esperada por parte del cuidador. La primera es la preparación, en ésta, el cuidador comprende el problema y es cuando surge la necesidad de ayudar permanentemente a su familiar. Según Crespo y López (2007), en ocasiones la aparición de la necesidad de cuidar a alguien se desarrolla de manera progresiva o en ocasiones es de manera repentina.

Después sigue la promulgación o actuación, que es el periodo en el que el cuidador desempeña su rol, en el que se enfrenta también con cambios por el agravamiento del enfermo y por las consecuencias laborales, familiares, etc. que son provocadas por la misma situación de cuidado. Y por último el abandono, que es cuando el familiar fallece, por lo que el cuidador tiene que recomponer su vida y su propia identidad, y no necesariamente implica que se detenga el malestar emocional que sufre el cuidador, sin embargo, se produce una mejoría en la percepción de carga (Seltzer y Li, 2000; Crespo y López, 2007).

Crespo y López (2007) hacen énfasis que en la mayoría de las ocasiones el proceso de cuidado que los cuidadores informales de adultos mayores dependientes desempeñan es largo. Estos autores plantean dos hipótesis, una dice que el cuidador experimenta un paulatino deterioro relacionado con el paso del tiempo y el efecto del estrés acumulado, así como con el proceso degenerativo que el adulto mayor o paciente padece. La hipótesis sobre la adaptación postula que al principio el cuidador tendrá dificultades pero más adelante éste aprende a adaptarse a la situación gracias a la experiencia adquirida.

Los mismos autores afirman que el cuidado implica gran cantidad de tareas y servicios dirigidos al adulto mayor incluso durante años. Por lo que los ámbitos de la vida del cuidador, como son familia, trabajo, estudios, relaciones sociales, salud, ocio, etcétera, se ven afectados. Esto conlleva a que los

cuidadores estén expuestos a una fuente de estrés que los hace vulnerables y afecta su calidad de vida e indirectamente esto afecta al paciente.

Ramos (2008) declara que el cuidado y asistencia de personas dependientes conlleva una fuente de estrés considerable para el cuidador, con mayor razón cuando atiende a personas con enfermedades crónicas y generadoras de dependencia como lo son las demencias, el cáncer, la esclerosis múltiple, Parkinson, etcétera.

Incluso, Crespo y López (2007) afirman que en ocasiones, la familia es una fuente de estrés para el cuidador, ya que no los comprenden ni apoyan en su nuevo rol.

Cabe destacar que Ramos (2008) menciona que el estrés o el impacto psicológico no son exclusivos de los cuidadores informales, sino también de la familia completa. Y recalca la importancia de atender a éstos de una manera integral.

Otro punto importante en el que existe una repercusión para la vida del cuidador es el profesional y / o económico, ya que están imposibilitados de buscar un empleo o han tenido que abandonar el que tenían para poder cuidar a la persona enferma. Esto acarrea que se reduzcan los ingresos económicos en la familia, además de que se pause el desarrollo personal y profesional del cuidador. Aunado a esto, es altamente estresante para los cuidadores el pensamiento de tener que abandonar su trabajo para dedicarse al cuidado de su familiar o bien, el hecho de estar fuera de casa trabajando y no poder brindar los cuidados al paciente (Crespo y López, 2007).

En la misma línea, es importante destacar que los cuidadores son más propensos a padecer problemas osteomusculares en su mayoría, hipertensión, alergias, afecciones de piel, cefaleas, lumbalgias, trastornos gástricos, cansancio, desgaste, contracturas, esguinces, presentan una respuesta inmunológica reducida, entre otros malestares. Y también, Crespo y López (2007) afirman que es frecuente que los cuidadores duerman menos, realicen menos actividad física, y dediquen menos tiempo a actividades de ocio, lo que

contribuye a no ayudar a la mejoría de su salud agregando que tampoco se atienden esas afecciones.

Los mismos autores indican que las repercusiones psicológicas son mayores a las físicas. Presenta niveles elevados de ansiedad, depresión, ira, alteraciones del estado de ánimo, falta de concentración, problemas de atención y memoria, autodesvalorización, problemas para dormir, bajo deseo sexual, sentimientos de culpa, duelo anticipatorio cuando la persona que recibe los cuidados padece una enfermedad crónica que amenaza su vida. Incluso, en los casos más raros puede haber ideación suicida.

Tanto el paciente como el cuidador deben afrontar diariamente nuevas demandas sociales, físicas y psicológicas que incluyen el establecimiento de recursos para poder hacer frente a las mismas, este aspecto incrementa considerablemente los niveles de estrés (Feldberg et al., 2011).

Crespo y López (2007) mencionan que una baja autoestima, la utilización de estrategias de afrontamiento evitativas o centradas en la emoción, una mayor percepción subjetiva de sobrecarga y una de escaso apoyo social se asocian con la ansiedad y la depresión del cuidador.

Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol (2012) encontraron que de acuerdo a varios estudios realizados respecto a las estrategias de afrontamiento que suelen utilizar los cuidadores, aquellos que aplican estrategias activas y centradas en el problema, muestran mejor salud que los que utilizan estrategias pasivas y centradas en la emoción. Es importante mencionar que los factores diversos y específicos a cada patología y situación de cuidado, influyen en las estrategias de afrontamiento empleadas por cada cuidador.

Stefani, Seidman, Pano y Acrich (2003) afirman que el cuidado de una persona enferma implica afrontar una serie de situaciones estresantes, entre ellas: dependencia progresiva, conductas disruptivas del enfermo, restricción de la libertad, pérdida de estilos vida anteriores, abordaje de nuevas tareas relacionadas con la enfermedad, interrupción de las tareas relacionadas con las demandas del ciclo vital. Esto acarrea un gran riesgo en el cuidador, por el

desequilibrio psicológico y su consecuente agotamiento, que en muchas ocasiones puede desencadenar en enfermedad.

Muela, Torres y Peláez (2002) señalan diversos factores capaces de generar estrés en el cuidador informal, los más destacados son: la enfermedad del paciente, es decir, el tipo y duración de la enfermedad, incertidumbre sobre la evolución y tiempo que se prolongará la enfermedad, el grado de dependencia, etc. También las características del cuidador, como el estado de salud, autoeficacia, locus de control, afrontamiento, etc. Otro factor son las variables contextuales del cuidado, como las características demográficas, y socioeconómicas, red y sistemas sociales de apoyo, nivel socioeconómico, etc.

Ramos (2008) menciona que los estresores físicos que afectan a la familia o al cuidador principal son: el tipo e intensidad de actividades realizadas al atender al paciente, las condiciones medioambientales, así como las biológicas. Considera que los cognitivos son las creencias y pensamientos mágicos sobre la enfermedad, pensamientos recurrentes, preocupaciones por el estado del paciente, entre otros. Los emocionales son en ocasiones originados por cogniciones y suelen ser sentimientos que no se expresan de manera adecuada y se convierte en un estresor que puede ser tanto estímulo como consecuencia. Y por último los sociales son por la disminución o deterioro de las redes sociales o amistades del cuidador debido a la gran demanda de su labor.

Ramos y Figueroa (2011) refieren que la labor del cuidador tiene consecuencias negativas y positivas. Un ejemplo de una consecuencia positiva puede ser la satisfacción de ayudar a alguien que necesita de ésta. Las negativas son tensiones, frustraciones y dificultades en ámbitos de la vida personal, familiar, laboral, etc.

De acuerdo con García-Calvente, Mateo y Moroto, en el 2004, aseguran que los cuidadores reducen su vida social, las posibilidades de salir y relacionarse con otras personas, de recibir o hacer visitas, y también implica tiempo escaso para las actividades propias hasta el propio cuidado de la salud,

para dedicarlo a otras responsabilidades, lo que resultará en afectaciones al uso del tiempo, así como a las relaciones familiares y sociales.

Ramos y Figueroa (2011) mencionan que existe la posibilidad de que los cuidadores desarrollen *burnout* un síndrome de agotamiento, producido por el cuidado. Este síndrome se caracteriza por sensaciones de irritabilidad y pérdida de energía física, sentimientos de baja autoestima y falta de eficacia, sensación de indefensión ante la situación de cuidado. Además, el cuidador pierde el entusiasmo por el cuidado y las consecuencias para su salud pueden ser negativas. Cabe destacar que los cuidadores piensan que reconocer ante los demás sus reacciones de estrés es admitir su ineptitud.

Crespo y López (2007) mencionan que el cuidar a una persona dependiente supone tener que hacer frente a una gran cantidad de tareas, que desbordan con frecuencia las posibilidades reales del cuidador. El cuidado de una persona dependiente genera una situación de estrés, ya que por lo general es una situación continua y de larga duración. Aunado a esto, la carga emocional también es importante, por el hecho de ver el deterioro y dificultades de un ser querido, como se había mencionado anteriormente. Por lo que cuidar al ser una situación estresante, ha sido considerado para estudiar el estrés crónico, sobre todo en el caso de las enfermedades degenerativas como la demencia que implica una situación continua y de larga duración. De hecho, el supuesto fin del estresor, que suele ser la institucionalización del paciente o el fallecimiento de éste, en ocasiones involucra estresores nuevos.

Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol (2012) afirman que estar sometido durante un largo periodo de tiempo a los estresores puede llevar a la aparición de síntomas depresivos, ansiedad y falta de control de la ira, además de una serie de trastornos a nivel físico y psicológico que afectan directamente a la calidad de vida.

Sin embargo, tanto la capacidad de afrontamiento del individuo como el apoyo social percibido, actúan como variables mediadoras de entre los estresores y las consecuencias de la respuesta de estrés, lo cual es una

explicación de por qué los cuidadores expuestos a situaciones muy similares se vean afectados por ellas de formas diversas (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012).

Crespo y López (2007) afirman que la vivencia que los cuidadores tienen de la situación depende de la evaluación que hagan de ella y de las estrategias o recursos que utilicen para afrontarla.

En España, se planteó la necesidad de brindar un apoyo a los cuidadores informales, para que sigan ejerciendo su labor. Es decir, existen propuestas legislativas que abogan para que éstos reciban prestaciones económicas, provisión de sistemas de apoyo que impliquen programas de información y formación o bien, periodos de descanso (Crespo y López, 2007).

Por otro lado, Crespo y López (2007) señalan que existen cuidadores que encuentran efectos positivos en su tarea como cuidador. Incrementa su sentimiento de satisfacción, les proporciona una mejoría en su sentido de la vida, sienten crecimiento como personas por el hecho de ser cuidador. Sin embargo, esto depende del proceso personal y la capacidad del cuidador para superar los problemas que se le presenten. Es importante destacar que aún hace falta conceptualizar este constructo, para poder definir los aspectos positivos del cuidador.

Ramos (2008) señala que es importante considerar que no todas las enfermedades crónico-degenerativas tienen el mismo impacto en el cuidador y la familia. Los factores que se asocian al paciente y a la enfermedad, así como las características de cada enfermedad, la edad a la que ésta se presenta, el curso y fase de desarrollo de la misma, la esperanza o duración de vida a partir de que es diagnosticado, entre otras, son aspectos que tienen efecto en la intensidad del impacto que puede ocasionarse en la familia y el cuidador. Y de la misma manera, diversas variables relacionadas con el cuidador que propician el estrés son: el ciclo vital del cuidador y de la familia, el tiempo de cuidado, la percepción de la situación y de la salud, la capacidad de afrontamiento y la capacidad de generar redes de apoyo.

En la misma línea, Losada, Márquez-González, Peñacoba, Gallagher-Thompson y Knight (2007) aseveran que para entender el malestar psicológico y físico de los cuidadores hay que considerar el estrés como un proceso en el que intervienen los factores contextuales como son los sociodemográficos, personales y culturales, los estresores, por ejemplo, el grado de deterioro de la persona cuidada, comportamientos problemáticos, etc. y los recursos del cuidador como la valoración de los estresores y estrategias de afrontamiento, esto para facilitar la aparición en los cuidadores de una serie de resultados o consecuencias del cuidado más o menos negativas.

Es relevante mencionar que en México se han efectuado cambios en las políticas de salud, favoreciendo a pacientes y cuidadores. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y a través de programas como *Atención domiciliaria para el enfermo crónico (ADEC)* creado desde 1997, con el objetivo de proveer atención médica en el hogar a enfermos crónicos y terminales, las familias se pueden inscribir demostrando que atenderán a su familiar (Ramos, 2008).

De acuerdo con el IMSS en 2015, el programa ADEC permite brindar continuidad a los cuidados que reciben adultos mayores con alguna enfermedad crónica o terminal y más de 32 mil derechohabientes están inscritos al programa. Las personas seleccionadas para este programa son aquellas que pueden continuar el tratamiento médico en su domicilio con la atención de un familiar y del equipo de salud de dicho programa. Además se capacita a los familiares respecto de los cuidados específicos en los padecimientos del paciente para mejorar su salud, la adherencia al tratamiento médico y una adecuada integración al núcleo familiar.

Cuando se da de alta del hospital al paciente, el personal de salud del programa se traslada al domicilio del mismo para orientar a los familiares y supervisar los cuidados generales que recibe el derechohabiente. Cuando es necesario se realizan estudios de laboratorio y se refiere al paciente a consulta externa o urgencias. Cabe destacar que los principales padecimientos atendidos en esta estrategia son: las de tipo vascular cerebral, enfermedad

pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica, Alzheimer y padecimientos terminales por cáncer (próstata, pulmón, mama, cérvico uterino, etcétera), entre otras.

Por otro lado, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) empezó con una campaña para capacitar a los familiares de los pacientes. Los cuidadores reciben un curso de entrenamiento básico sobre atención de síntomas de emergencia y reciben un diploma, pudiendo ofrecer sus servicios a familiares y vecinos. Dicho curso lo diseñaron ISSSTE y UNAM, en un formato en línea, dirigido a cuidadores de personas envejecidas. En éste, los familiares o encargados del cuidado de los adultos mayores cuentan con información sobre qué es el cuidado y qué es un cuidador, una guía para conocer cómo llevar a cabo las actividades de cuidados físicos, psicológicos, sociales, así como ambientales y espirituales. También realiza Valoraciones Geriátricas Integrales para saber si el paciente puede desempeñar actividades cotidianas como alimentarse, lavarse, arreglarse, usar el wc, etcétera, de manera independiente o el grado de apoyo que requiere para efectuarlas con base en los cuestionarios Katz y Barthel. Al final explica sobre los cuidados que debe llevar el cuidador para sí mismo, los cambios que se presentan en su vida y un plan de actividades para que no se olviden de sí mismos (Ramos, 2008; ISSSTE, 2016).

Ramos (2008) puntualiza que en México aún no se toma en cuenta la presencia del cuidador informal, se desconoce en qué medida éste posee habilidades para tomar el rol de cuidador, no se ofrece ningún apoyo o asistencia médica, psicológica, económica, etc. y devalúa la importancia que tiene el cuidador informal como parte del equipo de trabajo a cargo de la salud del paciente.

Cabe destacar que en México, a diferencia de países como España, Canadá, Estados Unidos, entre otros, no existe un censo sobre los cuidadores informales que refleje las condiciones en las que se encuentran, por lo que Ramos (2008) propone que es urgente que el gobierno mexicano establezca políticas que brinden incentivos para la creación de instituciones públicas y

privadas que se dediquen a la atención de enfermos crónico-degenerativos y con discapacidad, establecimiento de servicios médicos y psicológicos para los cuidadores informales y programas de capacitación dirigidos al cuidado del paciente y del cuidador, así como apoyo económico para el cuidador. De no ser así, a mediano o largo plazo aumentará la cantidad de enfermos crónicos, aunado a esto, los cuidadores están en riesgo de padecer alguna.

### **Cuidadores primarios informales de enfermos de Alzheimer**

Ramos (2008) afirma que el tipo de enfermedad influye en el nivel de carga para la familia y su cuidador, por ejemplo, una persona con Diabetes tipo II con adherencia al tratamiento puede tener una buena calidad de vida y vivir de manera autónoma por muchos años, mientras que una persona enferma con Alzheimer pierde sus funciones particulares, lo que resulta agobiante el cuidado para la familia.

Ramos (2008) menciona que diversos autores como Flórez y Rodríguez del Álamo apoyan la idea de que atender a una persona que padece Alzheimer conlleva un gran desgaste físico y emocional para quien lo cuida, en comparación con otras enfermedades crónicas. La razón es porque los síntomas de la persona enferma siempre avanzan y aumenta la discapacidad funcional del paciente incrementando su dependencia hacia su cuidador.

Lerin (2013) menciona que en el proceso de cuidado hay muchas transformaciones, y éstas ocurren a medida que la naturaleza de la enfermedad evoluciona. Por ejemplo, cambia el estado cognitivo y funcional de la persona enferma de Alzheimer, es decir, cambios de estabilidad, alteraciones y/o cambios de conducta sin previo aviso. Por lo que ser cuidador de un enfermo de Alzheimer supone una constante adaptación al cambio.

Losada et al. (2015) aseguran que cuidar a una persona mayor con demencia implica ser testigo de sus limitaciones y debilidades que cada vez lo incapacitan más. Estas características generan en los cuidadores pensamientos y emociones desagradables como la ira, tristeza, desesperanza, irritación, entre otras.

Es importante destacar que los cuidadores secundarios, como lo son: cuñados, tíos, primos, sobrinos, etc., pueden ayudar de forma positiva y determinar la calidad en la relación entre el cuidador principal y el enfermo de Alzheimer, agregando que éstos no dejan de estar en riesgo de sobrecarga (Lerin, 2013).

Peinado y Garcés (1998) mencionan que el impacto de la Enfermedad de Alzheimer sobre la familia del paciente es indudable, por lo cual, cuidadores y familiares son también víctimas de la enfermedad. Los factores involucrados en dicho impacto son: la situación económica familiar, la red de apoyo social de la cual el cuidador informal debe ser consciente que existe y tener acceso rápido a la misma, el tipo de relación conyugal, el estado de salud de los cuidadores, así como la evolución del proceso demencial.

Los mismos autores informan que las características de dicha enfermedad hacen necesario que un familiar se haga cargo del cuidado y atención durante todo el proceso de enfermedad del paciente y que en ocasiones, la decisión de convertirse en el cuidador es impuesta por las circunstancias sin que hubiera un proceso para tomar la decisión.

La vida del cuidador cambia radicalmente, ya que debe de estar 24 horas al día con un familiar querido, con el que ha compartido la vida o parte de ésta y que se deteriora inevitablemente día a día. Muy probablemente en el cuidador se generen reacciones afectivas y emocionales, habrá un desgaste emocional, físico y económico, hasta suscitar estrés, ansiedad, depresión, entre otras (Peinado y Garcés, 1998).

Ramos (2008) menciona que de acuerdo con el Boletín Epidemiológico de Murcia realizado en el 2003, se obtuvo que los cuidadores de personas con demencia reportaron mayor deterioro en su salud, y concluyeron que los cuidadores de personas con Alzheimer reportan mayor demanda de cuidado por parte del paciente, así como un mayor daño a la salud psicológica y física. Todo esto lo lleva a que probablemente deje su papel como cuidador.

Crespo y López en el 2007 mencionan un dato importante que Boada et al. en 1999 afirmaron que por cada familia que presta cuidados a un enfermo de Alzheimer, se calcula un costo de 18,000 euros al año.

Por otro lado, Lerin (2013) afirma que una de las circunstancias que causan más carga en el cuidador es la toma de decisiones. El hecho de que se tomen en conjunto con otros miembros de la familia provoca que se fortalezcan los lazos de éstos y que se corresponsabilice a todos en el cuidado.

Lerin (2013) dice que el concepto de sobrecarga se utiliza para hacer referencia al impacto que tiene en el cuidador el hecho de atender a una persona con la enfermedad de Alzheimer. Una situación que genera esta carga es cuando dicha atención sobrepasa la propia capacidad física y mental del encargado de llevar esos cuidados y llega a constituir un evento estresante crónico.

Los cuidadores de enfermos de Alzheimer tienden a ser vulnerables ante los problemas físicos, y es relevante la atención a la ansiedad y a la depresión. Aparecen emociones como la negación, la ira, el miedo y la ambivalencia afectiva. El cuidador enfoca la mayoría de su tiempo en supervisión y acompañamiento, lo que explica por qué su vida social se ve afectada. Existe una tendencia al aislamiento social y también se afecta el aspecto laboral de éste (Lerin, 2013; Barcelata, 2008).

Los sentimientos de ambivalencia pueden surgir ante la preocupación y deseos de ayudar al enfermo y por la percepción de presión y carga que representa la enfermedad. Se manifiestan a través de patrones poco consistentes que causan confusión en el paciente y en la familia (Barcelata, 2008).

De la misma manera aparece la culpa, de acuerdo con la misma autora, se relaciona con la ambivalencia y ésta aparece en el cuidador principal ante el deseo de ver por sus necesidades y las del paciente. Cuando se pierde el balance de estos dos aspectos, es probable que se presenten sentimientos de culpa por sentir que han abandonado al paciente.

Cabe señalar que Barcelata (2008) menciona que la misma familia sitúa al paciente en una posición de desvalidez, pero al mismo tiempo de centralidad a partir de lo cual se promueve un patrón de codependencia. Esto basado en la sobreprotección que no sólo limita al propio paciente sino a los miembros que lo apoyan durante el proceso de la enfermedad.

Lerin (2013) asegura que Pearlin, Mullan, Semple y Skaff en 1990 mostraron que cuando la discapacidad o enfermedad del paciente implica deterioro cognitivo como en el caso de la enfermedad de Alzheimer, la ayuda, la asistencia y el afecto se vuelven unidireccionales, es decir, que sólo pasan del cuidador al receptor, lo que se convierte en una fuente de estrés.

### ***Burnout y burden o sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con la Enfermedad de Alzheimer***

Freudenberger empleó por primera vez el concepto de Burnout, esto para referirse al estado físico y mental de los jóvenes que trabajaban como voluntarios en su "*Free Clinic*" de Nueva York.

De acuerdo con Freudenberger en 1974 la definición de *burnout* extraída de un diccionario es: "Fallar, desgastarse o extenuarse haciendo demandas excesivas de energía, fuerza o recursos" (p. 159).

Los síntomas físicos del *burnout* de acuerdo con Freudenberger (1974) son: sentimientos de agotamiento o fatiga, susceptibilidad a resfriarse, dolores de cabeza, trastornos intestinales, insomnio y falta de aire. Mientras que los síntomas conductuales son: frustración, irritación, dificultad por contener sus emociones, sentimiento de sobrecarga con la menor presión, la víctima se siente a la defensiva y cree que sus compañeros lo molestan intencionalmente, actitud negativa, se sienten muy seguros por lo que se vuelven rígidos y obstinados, no permiten cambios constructivos porque están muy cansados para atravesar nuevas modificaciones. También son personas que están físicamente presentes pero sin ejecutar acciones significativas, y que por pasar mucho tiempo en la clínica o en su trabajo, han perdido relaciones de amistad.

Asimismo Freudenberg (1974) asegura que las personas que buscan responder a las necesidades de otras personas son las que sufren de *burnout*, como lo son las que trabajan en clínicas gratuitas, comunidades terapéuticas, líneas directas de auxilio, centros de intervención en crisis, clínicas para mujeres y personas homosexuales, así como sitios dedicados al refugio de personas que huyeron de su casa. Dichos trabajadores o voluntarios, se esfuerzan en sus funciones poniendo a prueba sus habilidades con el fin de alcanzar ideales superiores y reciben poco o nada de compensación económica por su esfuerzo.

Martínez (2010) menciona que Maslach y Jackson en 1981 definieron al *burnout* como una manifestación comportamental del estrés laboral caracterizado por cansancio emocional, despersonalización en el trato con usuarios, y dificultad por la realización personal. Además a partir de estos factores se elaboró un instrumento de medición el cual se llama Maslach Burnout Inventory, la cual es la más utilizada para diversas muestras.

Martínez (2010) por su parte, define *burnout* como el resultado de un proceso en el que el sujeto está expuesto a una situación de estrés crónico laboral y que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces.

Arón y Llanos (2004) mencionan que el *burnout* surge en aquellos que trabajan en asistencias dirigidas a personas, en las cuales, la relación con un usuario es primordial para el desempeño de su labor, lo cual lleva a una sobrecarga de tensión emocional a quien ofrece dichos servicios.

Por ejemplo, Razo (2007) define al síndrome de estrés asistencial como una enfermedad profesional definida con las mismas características que otros autores identifican al *burnout*, presentado en personas que atienden a otros por un tiempo prolongado y con cierta dependencia hacia su cuidado.

Por otro lado, Peinado y Garcés (1998) mencionan que la mayoría de los autores indican como sinónimo de estrés ocupacional al *burnout*, lo cual provoca que se disminuya la posibilidad de entender dicho síndrome en otros contextos. En la misma línea, algunos otros autores como Ramos (2008)

afirman que cualquier individuo sea cual sea su situación personal podría verse afectado por el *burnout* y que no es producto exclusivo del estrés ocupacional.

Singh, Goolsby y Rhoads (1994) consideran que *burnout* y estrés son conceptos diferentes. Por ejemplo, señalan que en ocasiones niveles moderados de estrés pueden aumentar el desempeño del personal, ya que el estrés estimula a los individuos a sobresalir. Puntualizan que la delimitación entre el estrés moderado y excesivo es complicada porque la percepción que se tenga varía de individuo a individuo. Por la tanto, la medición del estrés no es suficiente para determinar si tiene una influencia positiva o negativa. Mientras que el *burnout* se produce únicamente cuando los factores de estrés sobrepasan los recursos de afrontamiento de una persona. En este sentido, el *burnout* y el papel de los factores estresantes difieren en su etiología.

Martínez (2010) afirma que la diferencia entre *burnout* y estrés general es que el segundo es un proceso psicológico que implica efectos positivos y negativos mientras que el *burnout* hace referencia a efectos negativos únicamente. Asimismo, la diferencia entre *burnout* y fatiga crónica es que el último es de rápida recuperación y va acompañado en ocasiones por sentimientos de éxito y realización personal, mientras que el *burnout* es lo contrario.

Martínez (2010) menciona que el proceso de desarrollo del *burnout* ha sido definido por diversos autores. Los primeros en hacerlo fueron Edelwich y Brodsky, los cuales plantean que tiene cuatro etapas en las profesiones de ayuda: la primera es el entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas, posteriormente aparece el estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas, la tercera etapa es la de frustración y por último la cuarta etapa es la apatía como consecuencia de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración.

Mientras que Manzano en 1998 mencionado por Martínez (2010), establece que la prima etapa del *burnout* es cuando aparece la baja realización personal acompañada del cansancio emocional. Mientras suceden ambas

etapas también aparecen actitudes de despersonalización que es la tercera etapa que plantea dicho autor. Es decir, las tres etapas son consecutivas y mientras una aparece la siguiente también comienza a presentarse.

Por otro lado, Ramos (2008) sostiene que es importante tomar en cuenta la posibilidad de que el cuidador informal desarrolle *burnout* producto de su labor. Las características de este síndrome de acuerdo con dicho autor son: sensaciones de irritabilidad, pérdida de energía física, sentimientos de baja autoestima y de no ser eficaz, así como sentimientos de indefensión ante la situación. También el cuidador se agota y pierde el entusiasmo por el cuidado y puede tener consecuencias para su salud. Por lo que se puede observar, las definiciones de *burnout* tienen importantes concordancias.

Peinado y Garcés (1998) mencionan que los factores de riesgo que predisponen a los cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer son desconocidos, consideran que sucede esto porque los autores que escriben sobre *burnout* no consideran trabajo a las actividades no remuneradas, como es el caso de los cuidadores informales.

Sin embargo, estos autores indican que los tres factores generales predictores del *burnout* son: los intrapersonales que se refieren a aspectos de su personalidad, sus sentimientos, pensamientos, emociones, entre otros; los familiares que hacen referencia a las variables involucradas con la familia que hacen un papel importante con la interacción entre ellos con el cuidador y el enfermo. Y por último los interpersonales o ambientales que son las variables relacionadas con los amigos, estilos de vida, hábitos de ocio, entre otras.

En la misma línea Peinado y Garcés (1998) plantean que específicamente las variables intrapersonales predictoras de *burnout* son: la indefensión aprendida por el nulo control sobre la enfermedad; el interés social ya que con el paso del tiempo el cuidador va perdiendo interés en su labor; la personalidad resistente que caracteriza a las personas por ser comprometidas, perciben control sobre el ambiente y les gusta el desafío, dicho tipo de personalidad es el que mejor afronta la enfermedad de Alzheimer.

Asimismo, la percepción de las demandas emocionales que los cuidadores distinguen como abrumadoras es lo que Peinado y Garcés (1998) también consideran como otro factor predictor del *burnout*. También el uso de estrategias de afrontamiento que no son acertadas para hacer frente a la situación, hace que aumente la posibilidad de padecer dicho síndrome. Cabe destacar que los grupos de intervención psicológica tienen como objetivo principal dotar a los cuidadores informales de estrategias adecuadas para sobrellevar la enfermedad.

La carencia de percepción de autoeficacia, un autoconcepto negativo y expectativas personales no cumplidas son factores que influyen en la aparición del síndrome de *burnout* (Peinado y Garcés, 1998).

Por otro lado, las variables predictoras del *burnout* sobre el contexto familiar son: la inadecuación que es el hecho de que los cuidadores no se adaptan a su nuevo “trabajo” por desconocer como desempeñar esa nueva labor; las exigencias de la situación; la interacción del cuidador con el enfermo por las fricciones y conflictos; la participación en la toma de decisiones poco satisfactorias; la falta de recompensas como por ejemplo la mejoría del enfermo. Es preciso señalar que en el caso de la enfermedad de Alzheimer no existe una mejoría, por lo que es mayor la probabilidad de padecer *burnout* (Peinado y Garcés, 1998).

Asimismo el bajo apoyo familiar o social, el clima familiar negativo, las familias excesivamente normativas y cuando no hay satisfacción de la labor ejercida favorecen la aparición de dicho síndrome. De la misma forma a mayor inseguridad económica mayor vulnerabilidad a sufrir *burnout* y por último, cuando el trabajo como cuidador se convierte en dedicación absoluta (Peinado y Garcés, 1998).

Las variables del contexto ambiental predictoras del síndrome de *burnout* son: las relaciones mantenidas con amigos y familiares, éstas ayudan a que exista un ambiente agradable y no aparezca el síndrome así como sus actitudes ante la situación; la comunicación deteriorada afecta y aumenta la

probabilidad de la aparición de dicho síndrome; y por último los recursos de afrontamiento de la familia en general puede ayudar a prevenir la aparición de *burnout* en el cuidador (Peinado y Garcés, 1998).

Martínez (2010) menciona que las consecuencias emocionales del *burnout* son: depresión o trastornos relacionados a ésta, sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto y agresividad. Dentro de lo cognitivo son: la incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, cinismo manifestado por la autocrítica radical, la desvalorización personal, desconfianza y desconsideración hacia el trabajo. Y en cuanto a lo conductual las consecuencias son: la pérdida de acción proactiva, aumento de consumo de sustancias estimulantes y desordenes fisiológicos con síntomas como cefaleas, dolores musculares y de muelas, náuseas, zumbidos en el oído, hipertensión, úlceras, disfunciones sexuales y problemas de sueño, entre otras.

Por otro lado, una variable que también afecta a los cuidadores informales es el denominado *burden* o *sobrecarga del cuidador*. A pesar de que algunos autores como Centeno (2004) mencionan al *burnout* como un equivalente de la *sobrecarga del cuidador*, las características que da, hacen referencia al *burden* definido por Zarit, George y Gwyther, entre otros.

Montorio, Fernández, López y Sánchez (1998,) así como Crespo y Rivas (2015) señalan que el concepto de carga o *burden* es un concepto tan investigado y de una gran relevancia psicológica así como social, sin embargo, a su vez es un concepto ambiguo y complejo, el cual adolece de una insuficiente elaboración teórica, no hay acuerdo entre los autores en su definición.

Hernández y Ehrenzweig (2008) aseguran que es imprescindible continuar investigando variables mediadoras que permitan desarrollar un modelo global sobre los procesos que afectan la carga de los cuidadores así como estrategias de intervención eficaz que prevengan o reduzcan dicha carga en la medida de lo posible.

Montorio et al. (1998) así como Crespo y Rivas (2015) señalan que la primera concepción de carga del cuidador surgió en la década de los 60 a cargo de Grad y Sainsbury con familiares de enfermos psiquiátricos. Definieron la carga como “cualquier coste para la familia”. Sin embargo, debido a la poca precisión de este concepto surgieron dos componentes de la carga del cuidador, es decir, la carga objetiva y subjetiva, lo cual se detalla en párrafos posteriores.

En la década de los 80 diversos autores como Zarit, Reeve y Bach, entre otros, comenzaron a incluir más dimensiones dentro de la carga, como la económica, física, psicológica, emocional o social (Crespo y Rivas, 2014).

Carretero, Garcés y Ródenas (2006) mencionan la definición que Zarit y colaboradores plantearon en 1980 acerca de *burden* o carga, la cual delimitaron como un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor y que amenaza la salud física y mental del cuidador.

Asimismo la definición de George y Gwyther que proporcionaron en 1986 dice que la carga es la dificultad persistente de cuidar y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que pueden estar experimentando o ser experimentados por miembros de la familia que cuidan a un familiar con incapacidad o algún tipo de deterioro (Carretero et al. 2006).

En la misma línea, Rogero (2010) menciona que Dwyer y sus colaboradores en 1994 afirmaron que la carga ha sido asociada frecuentemente con el estrés del cuidador, el cual ha sido definido como la reacción subjetiva a las demandas de cuidado, incluyendo componentes psicológicos y emocionales.

Las definiciones que Centeno (2004) proporciona de sobrecarga del cuidador son: “Grado en que el/la cuidador/a percibe que sus actividades de cuidado perturban su salud psicofísica, así como su situación socio-económica y social.” O “El conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados“ (p.109).

Torres et al. (2006) afirman que los sentimientos de carga son las reacciones o respuestas del cuidador ante la tarea o responsabilidad que asume al atender a un paciente. Dicho autor puntualiza que este concepto es importante al estudiar las consecuencias que sufre el cuidador al atender enfermos con padecimientos terminales o crónico-degenerativos.

Centeno (2004) describe las características dadas por Rodríguez del Alamo en el año 2002 acerca de la sobrecarga del cuidador, las cuales son: desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia los enfermos a los que se cuida, desmotivación, depresión, angustia, trastornos psicosomáticos, fatiga, agotamiento no relacionado con el esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, agobio y sentimiento de ser desbordado por la situación, sin embargo, son rasgos similares a las que diversos autores mencionan sobre *burnout*.

Crespo y López (2007) afirman que carga o sobrecarga es un concepto ambiguo y multidimensional que es importante delimitar. De acuerdo con ambos autores este concepto incluye dos aspectos: la carga objetiva, que se refiere al conjunto de demandas y actividades que atienden los cuidadores, lo que incluye por un lado las necesidades de la persona enferma y los recursos disponibles del cuidador. El otro aspecto es la carga subjetiva, la cual describe la percepción que tienen los cuidadores respecto a sentirse desconcertados, desbordados, atrapados, resentidos o superados, lo que abarca las interpretaciones que los cuidadores tienen sobre las demandas de la situación y de sus capacidades para afrontarla.

Cabe destacar que Centeno (2004), Torres et al. (2006) y Crespo y Rivas (2015) también señalan las dos dimensiones del concepto de carga. Para ellos la carga subjetiva hace referencia a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar y la objetiva describe el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del hogar y de la vida en general de los cuidadores. Esto hace que el concepto de carga sea un proceso multidimensional.

Torres et al. (2004) agregan que a los sentimientos de carga objetivos se relacionan los siguientes aspectos: costos económicos del cuidado, carga física asociada a éste, limitación del tiempo del que dispone el cuidador, impacto sobre las relaciones interpersonales, entre otros. Y a los sentimientos de carga subjetivos pueden tener relación: la frustración, el estrés, la angustia, la depresión, la ansiedad y la culpa. En ocasiones, como también mencionó Centeno en el 2004, dichas reacciones emocionales se manifiestan en el cuidador en forma de alergias, alteraciones de conducta, insomnio, falta de sueño, afecciones de la piel, dolores de espalda y alteraciones gastrointestinales. Estos aspectos coinciden con las consecuencias de padecer *burnout* que se mencionó en párrafos anteriores.

Los factores que Centeno (2004), Carretero et al. (2006) definen que provocan mayor sobrecarga a los cuidadores de enfermos de Alzheimer son: los síntomas que va presentando la demencia, la información y formación que reciba el cuidador sobre la enfermedad y cuidado, el apoyo que perciba en su medio y la calidad de la relación con el enfermo y como era ésta anteriormente. Así como el bajo nivel de ingresos económicos.

Del Valle-Alonso, Hernández-López, Zúñiga-Vargas, Martínez-Aguilera (2015) mencionan que el cuidador informal enfrenta situaciones que frecuentemente ignora, siendo posible que experimente temor, ansiedad o estrés, ya que muy posiblemente su vida cotidiana se vea perturbada lo que le provoca una sensación de carga rigurosa, además de no saber si el cuidado será por tiempo prolongado o no; por lo que es sustancial tratar la sobrecarga del cuidador del adulto mayor.

Rogero (2010) así como Carretero et al. (2006) afirman que la percepción de carga aumenta cuando la decisión de cuidar no es iniciativa del cuidador. Esto debido a que una mayor libertad de elección respecto al cuidado genera más satisfacción y reduce la percepción de carga.

Asimismo, el hecho de que los cuidadores vivan con la persona dependiente parece incrementar la carga de cuidado a pesar de controlar el

nivel de dependencia. El amparar a una persona dependiente, convierte el hogar en un lugar en el que concurren en el tiempo libre, en el cuidado y en el trabajo profesional de diferentes personas, pertenecientes y ajenas al hogar. De la misma manera, los cuidadores que tienen un empleo además de su tarea como cuidador, tienden a percibir mayor carga (Rogeró, 2010; Carretero et al. 2006).

Carretero et al. (2006) afirman que los cuidadores de personas dependientes afectadas de demencia u otros trastornos psiquiátricos experimentarán grados de sobrecarga más elevados que aquellos cuidadores que atienden a personas dependientes sin trastornos en su cognición y conducta, debido a los cambios que los enfermos presentan en su comportamiento y emociones.

Por ejemplo, Lerin (2013) hace hincapié en que las variables respecto a la enfermedad de Alzheimer que condicionan el riesgo de padecer sobrecarga en el cuidador son: el estatus funcional del paciente es decir, la intensidad de la demencia y el padecimiento de otras enfermedades crónicas, la duración de la enfermedad, las conductas problema, los cambios repentinos de humor en el enfermo, incertidumbre sobre la evolución, hallar o no a una persona o institución adecuada para ayudar en el cuidado y la necesidad de hacer gastos para la atención del enfermo.

Y las variables respecto a las características del cuidador y la familia que condicionan el riesgo de padecer sobrecarga en el cuidador son: El estado de salud del cuidador, carácter del cuidador y sentido de la carga (objetiva y subjetiva), ciclo vital y proyectos del cuidador y de la familia, residencia geográfica, aparición de *burnout*, el hecho de utilizar estrategias pasivas e inadecuadas para la resolución de problemas. Dicho estrés desbordado lo lleva a desarrollar sentimientos y actitudes negativas hacia los enfermos, desmotivación, trastornos psicossomáticos, fatiga, irritabilidad y despersonalización, entre otros (Lerin, 2013).

El mismo autor menciona que las variables contextuales que ayudarían a fomentar la sobrecarga en el cuidador son: las características demográficas, culturales y socioeconómicas, las redes y sistemas de apoyos sociales y el acceso de estos apoyos, imagen social e imaginario cultural.

Muela, Torres y Peláez (2001) realizaron un estudio con el propósito de evaluar la importancia que la asertividad del cuidador o la ausencia de la misma puede tener sobre la carga percibida. En dicho estudio participaron 25 cuidadores familiares principales de enfermos de Alzheimer, midieron el grado de deterioro cognitivo de los pacientes, el nivel de carga así como la probabilidad de respuesta asertiva y el grado de malestar ante ésta.

Estos autores encontraron que a mayor nivel de carga, menor probabilidad de que se emita una respuesta asertiva. Es decir que las personas que no tienen la capacidad de dar respuestas asertivas en situaciones que lo demandan, experimentan una mayor carga subjetiva o percibida al cuidar del paciente. De igual forma, las áreas de asertividad que muestran mayor poder predictivo sobre carga son la baja probabilidad de admitir limitaciones personales, el grado de malestar al expresar sentimientos negativos, así como la baja probabilidad de expresar sentimientos positivos. Los autores consideran que es posible que el hecho de no admitir limitaciones personales implique que el cuidador se exija a sí mismo un esfuerzo superior a sus posibilidades, e inclusive que rechace ayuda de los demás y en consecuencia influya en su carga percibida.

Carretero et al. (2006) señalan que la carga del cuidador también puede tener efectos sobre el receptor de cuidados, como por ejemplo una institucionalización prematura y malos tratos por parte del cuidador hacia la persona dependiente.

Los mismos autores recalcan que Zarit así como Pearlin junto con sus colaboradores mencionan la existencia de diferencias individuales entre los cuidadores respecto a la carga y estrés percibidos, ya que algunas personas

son capaces de adaptarse de forma efectiva a las desbordantes circunstancias, mientras que otras son vencidas por estresores mínimos.

Es importante mencionar que cuando el cuidador no puede más y no encuentra recursos internos ni externos para sobrellevar la situación se le llama claudicación, ésta se entiende como la incapacidad por parte de los miembros de la familia de dar una respuesta acorde a la demanda de cuidados de la persona con la enfermedad de Alzheimer (Ramos, 2008; Lerin, 2013).

Del Valle-Alonso et al. (2015) realizaron un estudio con el objetivo de determinar las características personales de los cuidadores familiares de ancianos, el nivel de sobrecarga y el síndrome de burnout, así como la relación, diferencia y predicción entre estas variables.

Para el estudio de dichos investigadores se utilizó una muestra de 52 cuidadores informales de personas mayores de 60 años dependientes e independientes, de los cuales el promedio de edad fue de 44 años, el 81% fueron mujeres, 58% de los participantes reportó estar casado y el 50% tenía grado de escolaridad media superior. Asimismo el 73% dijo haber estado haciendo esa labor de 1 a 6 años y el 56% no tiene apoyo de ningún tipo. Cabe destacar que el 56% de los participantes reportaron tener cambios negativos en su vida (Del Valle-Alonso et al. 2015).

Se aplicó la escala Zarit para medir el grado de sobrecarga y para evaluar el síndrome de burnout se empleó el cuestionario MBI. Los resultados son los siguientes: 42% de los participantes se encontraron con ausencia de sobrecarga, el 25% obtuvieron sobrecarga leve y 33% padecen sobrecarga intensa. Respecto a *burnout* se obtuvo mayor porcentaje en el nivel bajo de las tres áreas del síndrome, sin embargo en el nivel alto, el área de agotamiento emocional es la que mayor porcentaje puntuó, con 25% (Del Valle-Alonso et al. 2015).

Los mismos autores encontraron una correlación significativa entre el nivel de sobrecarga y burnout con las horas diarias dedicadas al cuidado, es

decir, que a mayor horas dedicadas mayor grado de padecer dichos síndromes. También se comprobó que la sobrecarga predice al *burnout*.

Por otro lado, Centeno (2004) menciona que el Índice de Robinson de 1983 y la Escala de Zarit de 1980 son las escalas más utilizadas para la medición de la sobrecarga del cuidador. No obstante, la medida de carga, pese a que proporciona información útil acerca de cómo se encuentra el cuidador, no informa sobre los factores que inciden en la carga percibida por él (Hernández y Ehrenzweig, 2008).

Crespo y Rivas (2015) sostienen que la Escala Zarit se creó para cuidadores de personas enfermas de demencia y mide la presencia de sobrecarga que experimentan los cuidadores mediante una puntuación global. Sin embargo, estos autores coinciden con Hernández y Ehrenzweig (2008) sobre que ésta no ayuda a identificar en qué áreas concretas necesita ayuda el cuidador, lo que puede limitar su utilidad para el diseño de la intervención.

Vale la pena señalar que dichos autores hicieron un análisis crítico de los instrumentos existentes que midan la carga del cuidador de personas mayores en situación de dependencia, y precisaron qué instrumento es más adecuado para determinadas situaciones de cuidado. Concluyeron que la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit tiene propiedades psicométricas probadas para cuidadores de personas mayores dependientes con demencia u otro tipo de afectación. Y que la escala *Screen for Caregiver Burden* con adaptación española está diseñada para cónyuges cuidadores de pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

### **Estrategias de afrontamiento en cuidadores**

Es importante mencionar que Hernández y Ehrenzweig (2008) afirman que uno de los desencadenantes principales del *burnout* es la sobrecarga, y hacen hincapié en que es de primordial utilidad la comprensión del proceso de *burnout*, por los efectos negativos que éste tiene. Por lo que para lograrlo es requisito un modelo que tenga en cuenta los factores que se asocian a la presencia de éste y sus consecuencias.

Kinsella (1998) menciona que la teoría sobre el estrés de Lazarus y Folkman ha guiado el desarrollo teórico y la investigación de la carga del cuidador. Esto es debido a que este modelo discrimina entre la carga objetiva y carga subjetiva y, por lo tanto, puede ser utilizado para explicar cómo el mismo nivel objetivo de los factores de estrés puede dar lugar a diversas respuestas al estrés.

Sánchez-Cánovas (1991) afirma que tiene mayor ventaja centrarse en los trabajos de Lazarus desde un punto teórico y práctico, ya que sus investigaciones han recibido confirmación en estudios realizados por demás investigadores, además de que su instrumento ha quedado depurado y validado.

El mismo autor menciona que la teoría de Lazarus es muy clara en el interaccionismo. Por un lado la situación específica es importante dentro de esta teoría y por otro no es la situación aislada de la persona lo que interesa sino el significado de la situación percibida por la persona.

Lazarus y Folkman (1986) definen afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164).

Los autores aclaran que el término *manejar* puede significar minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como el intento de dominar el entorno.

El afrontamiento como proceso tiene tres puntos principales:

1. Las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace.

2. Lo que el individuo realmente piensa o hace dentro de un contexto específico. Para entender y evaluar el afrontamiento es necesario conocer aquello que el individuo afronta.
3. Cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. El individuo debe contar principalmente con estrategias defensivas o con estrategias que sirvan para resolver el problema. Todo ello con base en el cambio de su relación con el entorno.

Lazarus y Folkman (1986) mencionan que las dos funciones principales del afrontamiento han sido observadas por diversos autores como Mechanic en 1962, Kahn et al. en 1964, George en 1974, entre otros. Estas dos funciones o formas de afrontamiento son el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción. La diferencia es que el primero va destinado a manipular o alterar el problema y el segundo a regular la respuesta emocional que es consecuente del problema. Ambos se influyen y pueden potenciarse o interferirse.

Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando se ha evaluado que no se puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes del entorno. Mientras que las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando las condiciones son capaces de tener algún cambio (Lazarus y Folkman, 1986).

Los mismos autores afirman que algunas formas o modos de afrontamiento cognitivos dirigidos a la emoción encargados de disminuir el grado de trastorno emocional son: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Así también existen los encargados de aumentar el grado de trastorno emocional. Por otro lado, las estrategias o formas de afrontamiento conductuales para olvidar un problema son: meditar, tomar una copa, desahogar el mal humor y buscar apoyo emocional.

De igual forma, los modos de afrontamiento dirigidos al problema están dirigidos a: la definición del problema, a la búsqueda de soluciones, a la evaluación de dichas soluciones con base en costo y beneficio para posteriormente elegir una y aplicarla (Lazarus y Folkman, 1986; Buendía y Mira, 1993).

Cabe mencionar que las personas que utilicen la negación o la evitación como forma de afrontamiento tienden a experimentar un mayor alivio emocional en primer momento pero posteriormente manifestarán vulnerabilidad continuada ante situaciones consecutivas. En cambio, la gente que se enfrenta a la amenaza de forma vigilante resultará más vulnerable al principio, pero en las ocasiones siguientes experimentará menor conflicto ya que se encontrará mejor preparada para dominar las demandas situacionales (Lazarus y Folkman, 1986).

Es importante mencionar que de acuerdo con Navarro y Arévalo (2000) la elección de una estrategia de afrontamiento depende de su efectividad. La expectativa es que al elegir qué estrategia cognitiva emplear procura estar limitada por las percepciones de autoeficacia y de eficiencia mental, de manera que las personas que reportan fallas atencionales adoptan con más frecuencia a tomar estrategias de evitación.

Por otra parte, la minimización es otro proceso cognitivo o forma de afrontamiento que se refiere a los esfuerzos por conseguir un pensamiento positivo. Por ejemplo, en el caso de una persona que padece cáncer terminal y que intenta olvidarlo tanto como le es posible, pero si se le pregunta por la misma reconoce rápidamente la realidad de su enfermedad.

Lazarus y Folkman (1986) mencionan que Kahn junto con sus colaboradores en 1964 dividieron en dos grupos de estrategias dirigidas al problema, unas hacen referencia al entorno (modificar presiones ambientales, obstáculos, recursos, etc.) y las otras al sujeto (cambios motivacionales y cognitivos, aprendizaje de recursos nuevos, etc.).

Es importante señalar que la forma en que el individuo afronte la situación dependerá especialmente de los recursos con los que cuente y de las limitaciones que dificulten el uso de esos recursos en el contexto de una interacción específica. Los recursos preceden e influyen en el afrontamiento y éstos son: físicos como la salud y energía, psicológicos como las creencias positivas (p.e. fe en Dios), aptitudes como las técnicas sociales, así como la resolución de problemas, los recursos sociales y materiales (Lazarus y Folkman, 1986, Buendía y Mira, 1993; Navarro y Arévalo, 2000).

Por otro lado, Lazarus y Folkman (1986) aseguran que las situaciones evaluadas como susceptibles de cambio están asociadas con frecuencia a estrategias centradas en el problema y las situaciones que tienen que aceptarse sin cambio se relacionan con estrategias centradas en la emoción.

También existen factores que limitan el afrontamiento del entorno, los cuales se llaman coactores. Por ejemplo, los valores, creencias y normas culturales. Es posible que el individuo en crisis tenga a la disposición muchas formas de apoyo social pero sea incapaz de utilizarlas. Puede que no acepte la ayuda porque eso significaría que está necesitado. De la misma manera posibles anuladores de las estrategias que el individuo emplee son los condicionantes ambientales y el grado de amenaza que la persona perciba. Otro aspecto considerable es que el hecho de dirigirse a los procesos de afrontamiento en lugar de los recursos, hace más fácil identificar los mecanismos que influyen en la relación estrés-resultado (Lazarus y Folkman, 1986).

Stefani et al. (2003) mencionan que las habilidades de afrontamiento que las personas poseen están condicionadas y a su vez condicionan el sentimiento de soledad así como la situación de aislamiento emocional y social. Asimismo el estilo empleado hace que una situación de sufrimiento pueda considerarse como desafío o derrota.

En relación con las estrategias de afrontamiento de cuidadores de enfermos crónicos, Stefani et al. (2003) mencionan que las madres cuidadoras

se involucran más en el problema y en la búsqueda de soluciones para éste, por lo que su fracaso provoca una mayor autoatribución de la culpa que les genera un intenso sentimiento de impotencia. Para disminuir la tensión consecuencia de lo anterior, recurren a la fantasía y al pensamiento mágico. En cambio, para las hijas cuidadoras la enfermedad crónica de un progenitor altera el ritmo de la vida familiar y origina sentimientos de preocupación y malestar, pero no de desesperación. Su afrontamiento se basa más en los recursos reales posibles.

Por otro lado, tres puntos importantes que Lazarus y Folkman (1986) mencionan es que ninguna estrategia puede calificarse como buena o mala, debe tenerse en cuenta el contexto al momento de calificar el afrontamiento y deben desarrollarse principios que permitan valorar si un determinado proceso de afrontamiento se ajusta a los aspectos personales y a los situacionales de la interacción. La calidad de una estrategia se determina por sus efectos en una situación determinada y a largo plazo.

En lo anterior coinciden Buendía y Mira (1993) añadiendo que incluso una estrategia que ha sido útil para alguna circunstancia puede no serlo en alguna otra o que incluso en la misma situación en un principio la misma estrategia puede ser funcional pero desadaptativa a mediano o largo plazo.

Además destacan que el mejor afrontamiento es el que modifica, en sentido de enriquecer, la relación individuo-entorno. El afrontamiento no debe confundirse con el dominio sobre el entorno, ya que muchas fuentes de estrés no pueden dominarse, por lo que en condiciones semejantes el afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que no pueda dominar.

Finalmente, Lazarus y Folkman (1986) también sugieren que los estilos de afrontamiento se definen en términos de las funciones a las que obedecen las estrategias, por ejemplo, evitar, analizar o comprobar, entre otros. Así mismo que se estudien a partir del modo en que se lleva el problema y se regula la emoción. Y el planteamiento de estos autores indica que el

afrontamiento como proceso requiere un análisis contextual de las interacciones estresantes, lo que hace difícil conceptualizar y afirmar el estilo general de afrontamiento de un individuo.

Buendía y Mira (1993) agregan que los estilos de afrontamiento son procedimientos característicos en los modos como las personas reaccionan ante el estrés, ya sea a través de diversas situaciones o en una misma situación a lo largo del tiempo, así dichos estilos podrían reflejar los modos de afrontamiento seleccionados por una persona porque son consistentes con sus valores, creencias, metas e ideales. Mientras que el concepto de estrategia se asocia a las condiciones ambientales ya que ésta es resultado de la situación específica y hace referencia a acciones cognitivas o conductuales realizadas en el transcurso de un momento estresante.

Por otra parte, Ornelas (2014) menciona que Pearlin et al. en 1990 definen el afrontamiento como las acciones puestas en marcha para evitar o disminuir el impacto de los problemas en su vida. Existen tres posibilidades de poner en marcha su aplicación: la primera se refiere al cambio de la situación de la que surgen los factores estresantes, la segunda para trabajar en el significado dado a la situación, de tal forma que exista una reducción de amenaza y la tercera para mantener los síntomas del estrés dentro de los límites controlables.

Por su parte, Aldana y Guarino (2012) así como Yanguas et al. (2007) mencionan que Pearlin junto con sus colaboradores en 1990, tomaron de referencia el modelo general de estrés de Lazarus y Folkman de 1984 para proponer un modelo de estrés aplicado al cuidado de una persona con la enfermedad de Alzheimer. Dicho modelo engloba las relaciones entre los siguientes aspectos:

- Antecedentes del contexto del cuidador, es decir, las características socioeconómicas, historia y relaciones del cuidador

- Estresores primarios que son el deterioro cognitivo, funcional y conductual del paciente
- Sobrecarga del cuidador
- Estresores secundarios que son la tensión psicológica y por la ejecución del rol
- Mediadores, los cuales son el afrontamiento y el apoyo social
- Impacto del estrés en la salud del cuidador

Yanguas et al. (2007) hacen distinción de dos componentes en el proceso de aparición de estrés, es decir, la apreciación primaria y la apreciación secundaria.

En la que la apreciación primaria las personas determinan si cierto evento es irrelevante, benigno o negativo para sí mismos. Cuando se considera negativo, mediante el proceso de apreciación secundaria las personas valoran los recursos disponibles para afrontarlo y sus consecuencias (Yanguas et al., 2007).

Por lo tanto Yanguas et al. (2007) afirman que de acuerdo a este modelo propuesto por Lazarus y Folkman, la reacción ante el estrés es aminorada por la capacidad de evaluar esa amenaza percibida y por las estrategias de afrontamiento con las que cuenta cada persona.

Aldana y Guarino (2012) mencionan que al igual que la propuesta de Pearlin en 1990, la contención de estrés es el proceso por el cual los cuidadores limitan o disminuyen los efectos de los estresores primarios y secundarios mediante la utilización de variables mediadoras, siendo éstos los recursos psicológicos que disponen los cuidadores para interactuar con esos estresores, una de ellos el afrontamiento.

Los mismos autores aseguran que Fernández-Abascal en 1997 definió los estilos de afrontamiento como las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, además de ser los responsables de las preferencias

individuales en el uso de uno u otro tipo de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional.

En consonancia con Lazarus y Folkman (1986), Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol (2012) aseguran que los recursos de afrontamiento y la búsqueda de apoyo social muestran atenuar los niveles de estrés, disminuyendo sus consecuencias peyorativas para la salud.

Cabe destacar que las estrategias activas de afrontamiento y centradas en el problema han mostrado una mayor efectividad para reducir el impacto del estresor sobre el cuidador, además de que fomenta la prevención de enfermedades y preservan su salud (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012).

Por su parte, Montoya y Moreno (2012) mencionan que Gil-Monte y Peiró en 1997 sugieren que los esfuerzos conductuales y cognitivos que realiza cierta persona para reducir, controlar o tolerar las exigencias excesivas por soluciones estresantes centradas en el problema, dificultan la aparición de *burnout*, mientras que las evitativas o centradas en la emoción posibilitan su aparición.

Vázquez, Crespo y Ring (2000) señalan que Lazarus y Folkman en 1985 propusieron la escala de Modos de Afrontamiento el cual es un instrumento que evalúa una serie de pensamientos y acciones que se efectúan para llevar una situación estresante y refieren ocho estrategias: confrontación (solucionar la situación mediante acciones directa, agresivas o arriesgadas), planificación (pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema), distanciamiento (apartarse del problema, no pensar en él, evitar que le afecte a uno), autocontrol (controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales), aceptación de responsabilidad (reconocer el rol que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema), escape-evitación (utilizar un pensamiento irreal improductivo o utilizar drogas, beber alcohol, comer, entre otros), reevaluación positiva (percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante), búsqueda de apoyo social (acudir a otras personas para buscar ayuda, información, comprensión y apoyo emocional).

Por otro lado respecto a lo empírico, se han realizado diversos estudios sobre cuidadores informales. Ornelas (2014) realizó uno con el objetivo general de identificar las estrategias de afrontamiento ante el cuidado utilizadas por el Cuidador Primario Informal de pacientes portadores de un Dispositivo de Estimulación Cardíaca que recibían atención médica en la Ciudad de México, así como describir la relación que existe con la carga percibida del Cuidador Primario Informal.

Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Lazarus y Folkman, adaptados a población mexicana, asimismo se aplicó la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit. Dichos instrumentos fueron administrados a 14 cuidadores.

Respecto al afrontamiento se encontró que ninguna de las estrategias reflejaron un empleo de alta frecuencia, sin embargo se mostró que los estilos más empleados son la reevaluación positiva seguida de la focalización en la solución del problema, las cuales pertenecen a un afrontamiento dirigido al problema (Ornelas, 2014).

También se encontró que a mayor empleo de la religión menor es el impacto del cuidado sobre el cuidador y que ante la presencia de carga percibida, tanto el impacto del cuidado como la relación interpersonal cuidador-paciente, se ven afectados. Es decir, que a mayor impacto debido al cuidado habrá más repercusiones en la relación cuidador-paciente (Ornelas, 2014).

Por su parte, Tartaglioni, Ofman y Stefani (2010) realizaron un estudio en el que investigaron el sentimiento de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores informales primarios de pacientes con demencia. Este estudio tuvo como objetivo analizar si los estilos y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores influyen sobre el sentimiento de sobrecarga que experimentan al llevar a cabo su función.

Dichos autores encontraron que los dos estilos de afrontamiento más utilizados fueron *requerimiento de información* y *ejecución de acciones que resuelvan el problema*, siendo la estrategia de afrontamiento más utilizada

*centrado en el problema*, mientras que, *evitación cognitiva* y *descarga emocional* (llorar, fumar y/o comer en exceso, etc.) fueron las conductas adaptativas menos efectuadas. Por lo que Tartaglioni et al. (2010) concluyen que la adecuada utilización de las estrategias de afrontamiento incide sobre el bienestar del cuidador, reduciendo los niveles de sobrecarga, mejorando la calidad de vida del paciente, aumentando su tasa de supervivencia.

# **CAPÍTULO 3. INTERVENCIONES EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES**

## **Antecedentes de intervenciones en cuidadores**

Ramos y Figueroa (2011) mencionan que existe un alto riesgo de que los cuidadores enfermen y/o mueran, por lo que puntualizan que se deben contemplar estrategias encaminadas al cuidado del cuidador.

Labrador (2007) menciona que también es importante que el cuidador entienda que su situación, sus pensamientos y sentimientos no son anormales. Además de que el cuidador identifique bien la realidad y sus demandas, y no se comprometa a situaciones que rebasen sus posibilidades. Que entiendan que la mejor ayuda sólo puede darla una persona que no se ve desbordada por la situación.

De acuerdo con Losada et al. (2007) indican que las intervenciones con cuidadores en su mayoría, se han encaminado a disminuir las consecuencias negativas del estrés a través de estrategias dirigidas a optimizar los recursos de los cuidadores, por ejemplo, el entrenamiento en habilidades de solución de problemas o los programas psicoeducativos, en los que un psicólogo entrena a los cuidadores en estrategias y habilidades para afrontar las consecuencias del cuidado de una forma adecuada, o también los programas psicoterapéuticos. Las intervenciones de respiro, en los que se presta atención al familiar enfermo para que el cuidador tenga tiempo libre para descansar o dedicarse a sus actividades, o los grupos de autoayuda también son una forma de intervenir con esta población. Asimismo se pueden combinar dichas intervenciones en una misma, por ejemplo un programa psicoeducativo con uno de autoayuda.

Los mismos autores plantean que existe evidencia de que la obtención de resultados positivos a través de las intervenciones no resulta sencilla en los cuidadores de enfermos de demencia. Aseguran que la dimensión del efecto de las intervenciones con cuidadores es generalmente pequeña y tiende a ser menor en fases de seguimiento.

Losada et al. (2007) mencionan que no todas las intervenciones presentan el mismo grado de eficacia, las psicoeducativas y psicoterapéuticas basadas en el modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) o en los modelos cognitivos y/o conductuales de Beck y Lewinsohn adaptadas al cuidado, son las que permiten obtener mayores beneficios. Cabe destacar que sucede únicamente cuando se exige una participación activa por parte de los cuidadores en las mismas.

Los mismos autores proponen un programa de intervención interdisciplinar para cuidadores informales de personas con demencia. El programa se llama *Cuidar cuidándose*. En este proyecto participan la psicología y la terapia ocupacional, reuniendo esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los cuidadores y reducir su nivel de malestar.

El programa está compuesto por 12 sesiones, con las que se pretende modificar los estilos de pensamiento desadaptativos para un adecuado afrontamiento del cuidado por parte de los cuidadores. Para conseguirlo se entrena a los cuidadores para reestructurar sus pensamientos disfuncionales, se realizan actividades dirigidas a impulsar la realización de actividades placenteras por parte de los cuidadores y se les enseña cuáles son sus derechos así como a pedir ayuda. La terapia ocupacional tiene como objetivo entrenar a los cuidadores en habilidades para maximizar un comportamiento independiente por parte de su familiar y en habilidades para facilitar los cuidados de una forma que disminuya el riesgo de problemas de salud física para los cuidadores.

Aunque no ahondaron más en las técnicas utilizadas en su propuesta, Losada et al. (2007) puntualizaron que la pura provisión de conocimientos a los cuidadores no resulta efectiva si no va acompañada por la realización de ejercicios durante las sesiones y entre cada una, que aseguren una asimilación y aplicación de los contenidos al contexto del cuidado. Asimismo, los terapeutas deben cerciorarse de que se produce un aprendizaje mediante una evaluación de la intervención.

Por otra parte, Crespo y López (2007) señalan que el apoyo formal es un servicio comunitario para suplir temporalmente o de manera parcial a los cuidadores informales. Pueden ser servicios de respiro, centros de día, servicios de ayuda a domicilio y estancias temporales en residencias. El objetivo de dicho apoyo es que los cuidadores puedan disponer de tiempo libre para realizar actividades que no lleven a cabo normalmente. Sin embargo, se utilizan poco estos servicios por distintos factores, pero son muy valorados por los cuidadores porque les ayuda a ganar control sobre sus vidas.

En la misma línea, dichos autores sostienen que los programas educativos son para proporcionar información continua y de manera estructurada sobre la enfermedad del paciente a cuidar, las consecuencias de ésta, el trato de los problemas asociados a su cuidado, posibles soluciones, estrategias y recursos para afrontarlos. Se tiene como objetivo enseñar a ser cuidador, que éstos se sientan seguros y disminuyan sus dudas. Se pueden complementar con lecturas, audiovisuales, o incluso una persona especialista en el tema. No obstante, se ha encontrado que el conocer más sobre la enfermedad de la persona dependiente no está correlacionado con menor malestar emocional, e incluso en ocasiones tensa más a los cuidadores o no responde a las necesidades específicas de éstos, ya que en ocasiones se les da información sobre padecimientos que aún no les concierne o que incluso nunca se presentarán.

Del mismo modo, otro tipo de intervención son los grupos de ayuda mutua, los cuales se definen como grupos de *iguales* que están en el rol de cuidador, lo que posibilita que se aconsejen, apoyen, protejan y acompañen durante este proceso con personas que tengan intereses y miedos en común. También disminuyen el aislamiento social en el que se encuentran en muchas ocasiones los cuidadores, sin embargo, no se ha encontrado una disminución significativa de malestar emocional, de acuerdo con lo que Crespo y López (2007) aseguran.

Por otra parte, en lo que respecta a las intervenciones psicoterapéuticas, el psicólogo ayuda al cuidador primero a ser consciente de su situación,

después a reestructurar los pensamientos que mantienen conductas disfuncionales, posterior a eso los cuidadores aprenden habilidades y estrategias de afrontamiento, a organizarse en el tiempo, entre otras cosas. El objetivo es que el cuidador se adapte a su situación proporcionándole ciertas herramientas para que exista una mejoría de los síntomas, un menor sufrimiento y bienestar emocional, esto por medio de modificación de conductas, pensamientos y emociones poco funcionales (Crespo y López, 2007).

Existen múltiples formatos de terapia en los que predominan programas del modelo cognitivo-conductual. En dichos programas se aplica entrenamiento en control de la activación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, asertividad, autoinstrucciones, incremento de actividades gratificantes, entre otras. Puede ser individual o grupal y de una duración entre 8 y 10 semanas. Cabe destacar que las intervenciones psicoterapéuticas consiguen mejores efectos en la reducción de la sintomatología y el bienestar emocional de los cuidadores (Crespo y López, 2007).

Crespo y López en 2007, realizaron un estudio en el que evaluaron 54 intervenciones con cuidadores de mayores dependientes en general, en los que se valoraba la eficacia de distintos tipos de programas de apoyo a cuidadores. De este análisis surgieron distintas conclusiones. La primera es que el número de rechazos y abandonos de los programas de intervención eran elevados, lo cual está asociado a la escasa disponibilidad de tiempo que tienen los cuidadores y que les es imposible dejar a la persona cuidada con alguien más. Igualmente existe la idea de que el tratamiento va a resultar una carga adicional en lugar de ayuda. En ocasiones abandonan la intervención cuando fallece el ser querido o lo institucionalizan o también por problemas de salud por alguna de las dos partes, y/o por la dificultad de asistir a las sesiones.

Es importante mencionar que los efectos obtenidos por los diferentes programas se consideran modestos, dado que cuidar es un estresor crónico cuya presencia se mantiene a lo largo de la intervención y después de ésta, lo

que dificulta modificar el malestar. Probablemente es un logro conseguir que el malestar emocional del cuidador no aumente. No obstante, los participantes de estos programas de intervención no necesariamente estaban afectados emocionalmente, por lo que esto dificulta que existan mejorías significativas después de las intervenciones (Crespo y López, 2007).

Los mismos autores consideran que la aplicación de la intervención en el domicilio del cuidador, que en ocasiones se plantea como solución para las personas que tienen dificultades para desplazarse a otro lugar, no tienen resultados positivos y las tasas de abandono del tratamiento a veces son mayores que cuando se realiza en un consultorio. Podría ser resultado de las constantes interrupciones para atender a la persona enferma o con el hecho de que el cuidador no tiene posibilidad de un tiempo de respiro.

Por otro lado, otra propuesta respecto a intervenciones con cuidadores es referida por Peinado y Garcés (1998). Estos autores señalan que respecto a la intervención para reducir *burnout* en cuidadores informales de personas con Alzheimer es importante que el cuidador principal sea orientado en las habilidades que le ayuden a afrontar mejor la situación, como lo es la enfermedad de Alzheimer padecida por un familiar. Asimismo, con la familia se puede recalcar la necesidad de la aportación de un apoyo al cuidador, el cual le permita “respiros” a éste y que sirva como un compromiso de todos los miembros.

De igual manera, estos autores proponen que los aspectos a trabajar con cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer que han ayudado a mejorar la calidad de vida de éstos y a disminuir el riesgo de padecer *burnout* son los siguientes:

Primero el análisis de las estrategias que los cuidadores utilizan para interactuar con el enfermo y de las relaciones familiares establecidas, poniendo atención en las que pudieran ser aversivas. Después se trabaja en la búsqueda de sensaciones de bienestar que pudieran encontrarse en dicho contexto. Posteriormente, conocer la enfermedad evitando los planteamientos fatalistas y

la descripción de las formas de vivir la enfermedad por parte del cuidador y de afrontar la muerte. Cabe destacar que es importante trabajar el duelo. De la misma forma, es importante establecer estrategias que le permitan al cuidador disfrutar su tiempo libre. Por último, es sustancial entrenar en diversas cuestiones al cuidador, como son asertividad, comunicación, solución de problemas, toma de decisiones, autocontrol y trabajar con los sentimientos de culpabilidad que en diversas ocasiones atañen a los cuidadores (Peinado y Garcés, 1998).

Por otro lado, Martínez (2010) afirma que las estrategias y técnicas de intervención para disminuir el burnout se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el estrés. Aseguran que la mayoría de los programas se centran en mostrar a los afectados la importancia de prevenir los factores de riesgo para que éstos conozcan el problema, así como en el entrenamiento en aspectos específicos como el afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, entre otros.

La misma autora menciona que en 1999, Ramos planteó diversas estrategias de intervención en personas ya diagnosticadas con *burnout*. Dichas estrategias son: modificar los procesos cognitivos de autoevaluación por medio de entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente las orientadas a la tarea o solución de problemas, en segundo lugar, desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del *burnout*. Posteriormente desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad. En cuarto lugar, fortalecer las redes de apoyo social. Y por último disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

Por otro lado, Crespo y López (2007) proponen un programa de intervención psicoterapéutico llamado *Cómo mantener su bienestar*. El cuál va dirigido a cuidadores de personas mayores dependientes con el objetivo de brindarles estrategias eficaces para el control del estrés y la mejora del estado emocional a los cuidadores que la necesiten. Dicha intervención está bajo el enfoque cognitivo-conductual ya que dichos autores afirman que son las que

han demostrado ser más eficaces, se adapta a las necesidades específicas de los cuidadores y a sus circunstancias, por ejemplo, la falta de tiempo.

Los mismos autores definieron las técnicas a usar con base en lo que la literatura menciona sobre los factores predictores del estado emocional del cuidador. Éstas fueron: *Programa de incremento de actividades gratificantes* para incrementar el tiempo de ocio, *reestructuración cognitiva* con el objetivo de modificar la valoración subjetiva de la situación, disminuir la percepción de carga así como de la reacción a los problemas de memoria y conducta del paciente, *entrenamiento en comunicación asertiva* para incrementar la satisfacción con el apoyo social, *entrenamiento en solución de problemas* para la mejora de la aplicación de estrategias de afrontamiento a la situación de cuidado, aumentando el empleo del afrontamiento centrado en el problema y proporcionando al cuidador estrategias para afrontar y resolver los problemas ligados al cuidado, y por último *mejora de la autoestima*. A dichas técnicas agregaron *entrenamiento en control de la respiración* para que los cuidadores controlen rápidamente los síntomas de ansiedad y también se les facilita *información general* sobre el cuidado y sus efectos.

El programa consta de 8 sesiones, es de formato individual y de forma presencial. La sesión es semanal y la duración de cada una es de 60 minutos. Cada sesión incluye tareas para realizar en casa, esto con la intención de que se generalice lo aprendido en terapia, lo que contribuye a la mejoría del estado emocional del cuidador. Recomiendan preparar y elaborar material que facilite el trabajo del cuidador en su vida cotidiana. También estos mismos autores, Crespo y López (2007) proponen una versión de dicha intervención en formato de mínimo contacto terapéutico, la cual está basada en el empleo de materiales escritos y auditivos, así como contactos telefónicos frecuentes y sesiones ocasionales. Proponen esta opción para los cuidadores que tengan problemas de tiempo para asistir a sesiones presenciales.

Cerquera y Pabón (2014) coinciden con Crespo y López (2007) al asegurar que las intervenciones basadas en el modelo cognitivo-conductual muestran mayores efectos cuanto mayor es el cambio en la percepción de

autoeficacia y en el número de pensamientos disfuncionales que los cuidadores conservan. Añadiendo que la duración de las intervenciones no debe ser mayor a 10 sesiones porque puede incrementar la deserción.

Losada et al. (2015) mencionan que Losada, Márquez-González y Romero-Moreno en el 2011 aseguraron que las terapias de enfoque cognitivo conductual tienen distintos objetivos: disminuir la frecuencia y/o modificar creencias disfuncionales relacionados con el cuidado, cambiar comportamientos y estrategias de afrontamiento del cuidado, aumentar la frecuencia de actividades gratificantes, entrenar en relajación y en habilidades sociales.

Cerquera y Pabón (2014), así como Losada et al. (2007) sugieren que proporcionar información sobre los miedos y preocupaciones acerca del desarrollo de la enfermedad, de cómo la experimenta y percibe el paciente, identificar la autoeficacia del cuidador, considerar y atender el duelo anticipado, conocer las dinámicas familiares que afectan al cuidado e intervenir en ellas, son algunos puntos a intervenir e investigar respecto a cuidadores de personas mayores dependientes.

Losada, et al. (2007) mencionan que para valorar debidamente el efecto de una intervención es necesario considerar la utilización de criterios diagnósticos estandarizados e instrumentos válidos y fiables al evaluar a los participantes, informar sobre las pérdidas muestrales, realizar evaluaciones de seguimiento, contar con un grupo de comparación, contrastar los resultados con los obtenidos a través de otra intervención, enunciar y explicar el modelo teórico que guía la intervención así como documentar y evaluar el proceso de dicha intervención.

Los mismos autores plantean que no hay una claridad en cuanto a qué intervenciones son eficaces para cada área afectada del cuidador, por lo que proponen tomar en cuenta y evaluar las variables que se relacionan con el cuidador como son los signos de malestar emocional porque, por ejemplo, si se realiza una intervención para disminuir la depresión y va dirigida a una persona

que no padece ese malestar, por supuesto que no servirá dicha intervención. También es importante analizar el sexo, la diversidad cultural, la relación que el cuidador tiene con el paciente o persona dependiente, etc., ya que estas variables son importantes al momento de evaluar el efecto de la intervención.

Montero et al. (2012) desarrollaron y evaluaron una intervención cognitivo conductual para disminuir la carga de cuidadores principales informales de niños con cáncer a partir de incidir en sus síntomas depresivos y ansiosos. La muestra fue de 20 mujeres de las cuales 19 eran las madres y una la abuela de niños atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría. La carga se evaluó por medio de la Escala de Carga del cuidador de Zarit, la ansiedad con el Inventario de Ansiedad de Beck y la depresión mediante el Inventario de Depresión de Beck.

En la primera sesión se evaluó por medio de los instrumentos ya mencionados y se llevó a cabo psicoeducación respecto al cáncer infantil y su tratamiento. En la segunda sesión se les enseñó que es la depresión y aprendieron a realizar ejercicios de relajación progresiva, además se dio inicio a la activación conductual. En la tercera sesión se les enseñó a detectar los pensamientos automáticos e irracionales, relacionados con la depresión del cuidador. En la cuarta sesión se modificaron estos pensamientos de acuerdo con el procedimiento de la terapia cognitiva de Beck. En la quinta sesión se realizó un resumen de toda la intervención y un postest. El seguimiento se realizó un mes después aplicando la batería ya mencionada. Cada sesión tuvo una duración de 1 hora y fueron sesiones diarias, esto permite atender gente foránea que no puede asistir cada semana a las citas de atención psicológica (Montero et al., 2012).

Cabe destacar que Montero et al. (2012) señalan que la intervención cognitivo conductual fue breve debido a que se acoplaron a las necesidades de los cuidadores, ya que estos tienen comprometido todo su tiempo al cuidado del paciente. También, estos autores refieren que se enfocaron en las variables que predicen la carga y lograron disminuirla. El grado de efecto al final de la

intervención fue mediano en depresión y carga, y pequeño en ansiedad. Y en el seguimiento fue grande en depresión y mediano en carga y ansiedad.

Losada et al. (2015) opinaron que cambiar algunos pensamientos disfuncionales de los cuidadores resulta complicado, ya que dichos pensamientos aparecen frecuentemente y son difíciles de controlar, de la misma forma, en ocasiones los cuidadores tienen dificultad por desconectarse de su labor o tienen altos niveles de culpabilidad mientras están realizando actividades de ocio.

Losada et al. (2015) proponen una intervención cognitivo conductual de 8 sesiones, en la cual en la sesión uno plantean explicar en qué consiste el programa, en la sesión dos explicar la importancia de cuidarse a sí mismos. En la siguiente sesión, la tercera, sugieren explicar qué son las ideas irracionales y distorsiones cognitivas para que en la sesión cuatro puedan identificar y comprender dichos pensamientos. En la quinta sesión se plantea explicar la relación entre las actividades de la vida diaria y el estado de ánimo. En la sesión posterior se pretende exponer qué son los “deberías”, identificarlos y conocer como se han formado. En la sesión 7 se discuten los derechos de los cuidadores así como las dificultades para aplicarlos y para pedir ayuda o cómo pedirla. Por último, en la sesión 8 se hace un repaso de lo visto durante toda la intervención.

Reyes y González-Celis (2016) destacan que las intervenciones cognitivo conductuales han sido empleadas para disminuir el *burnout* y se han usado estrategias fisiológicas, conductuales y cognitivas. Las estrategias fisiológicas tienen el objetivo de reducir la activación fisiológica y el malestar emocional así como el físico. Las técnicas empleadas son la relajación, el control de la respiración y el *biofeedback*. Las conductuales, por su parte, tienen la intención de dotar al usuario de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de sus problemas. Para lograrlo se utilizan técnicas de entrenamiento asertivo y en habilidades sociales, técnicas de solución de problemas y modificación conductual. Por último, las estrategias cognitivas van encaminadas a mejorar la percepción, interpretación y evaluación de los

conflictos presentados, así como aumentar los recursos personales del individuo. Las técnicas aplicadas son desensibilización sistemática, detención del pensamiento, inoculación del estrés, reestructuración cognitiva y control de pensamientos irracionales.

Las mismas autoras realizaron un estudio en el que evaluaron los efectos inmediatos y a mediano plazo, de una intervención cognitivo conductual dirigida a cuidadores formales de ancianos, concretamente en la variable *burnout* y calidad de vida.

En dicho estudio participaron 15 personas, entre ellos 14 mujeres y 1 hombre, 11 eran gericultistas, 3 trabajadores sociales y una enfermera. Fue una investigación pretest-postest y dos seguimientos, uno al mes de terminada la intervención y otro a los tres meses. Aplicaron el Cuestionario para Evaluar el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) de Gil-Monte en el 2008. También el Cuestionario WHOQOL-BREF, adaptado por González-Celis en el 2002, para medir la calidad de vida. La intervención tuvo una duración de 9 sesiones de 1 hora cada una. Se aplicaron dos sesiones de relajación, en las que se revisaron los procedimientos de la relajación diafragmática, relajación muscular progresiva y relajación autógena. Utilizaron un CD con las instrucciones para que el usuario lo empleara en la sesión y en su casa, como tarea.

Posteriormente, tres sesiones de reestructuración cognitiva utilizando el modelo de Albert Ellis, con el cual proporcionaron a los participantes habilidades para reconocer y modificar pensamientos irracionales relacionados con el cuidado de ancianos institucionalizados. A continuación realizaron entrenamiento en habilidades sociales que tuvo una duración de una sesión. Aplicaron la técnica de juego de roles para dotar a los participantes de herramientas que les permitieran expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de un modo adecuado a la situación de cuidado en el contexto laboral.

Finalmente durante tres sesiones se entrenó a los participantes en el uso de técnicas de modificación de conducta, reforzamiento positivo, moldeamiento y modelamiento, con la finalidad de que promovieran conductas independientes en los ancianos como: comer por sí solos, caminar sin ayuda, etc. Para cada técnica se utilizó juego de roles.

Reyes y González-Celis (2016) concluyeron que obtuvieron significancia estadística al evaluar (postest) los componentes que integraron la intervención, es decir, que tuvieron un efecto positivo en las variables y dimensiones siguientes: burnout y su desgaste físico así como psíquico, calidad de vida y las dimensiones de salud física y psicológica de estas. Además observaron el mantenimiento del efecto positivo de la intervención hasta el seguimiento efectuado tres meses después de la conclusión del tratamiento.

López y Crespo (2007) realizaron un artículo de revisión sistemática de la literatura entre 1980 a 2004, sobre intervenciones con cuidadores. Los criterios de los trabajos para incluirlos a dicha revisión son: que sean dirigidos a cuidadores de personas mayores no institucionalizadas, que tengan medidas estandarizadas del malestar emocional del cuidador como ansiedad, ira, depresión entre otras, que dichos reportes contengan mínimo dos momentos de medida (pre y postratamiento), que incluyan un grupo control o de comparación, que sean aleatorizados y que estén en inglés o español.

López y Crespo (2007) observaron que son pocas las intervenciones fundamentadas en un marco teórico previo evidente. Así mismo, hay intervenciones psicoeducativas, psicoterapéuticas, de respiro, grupos de ayuda mutua, o combinados. La mayoría de las intervenciones psicoterapéuticas son programas multicomponentes de orientación cognitivo conductual, en las que incluyen entrenamiento en control de la activación, reestructuración cognitiva, solución de problemas e incremento de actividades gratificantes, en otros incluían autoinstrucciones, entrenamiento en asertividad, etc.

Cabe destacar que en 16 estudios los profesionales son los que se trasladan al domicilio del cuidador, en 14 lo hacen regularmente y en 2 cuando

es necesario. De la misma forma, en 24 estudios tienen contactos telefónicos ocasionales y en 6 son exclusivamente por teléfono. En los tratamientos psicoterapéuticos las sesiones se extienden a lo largo de 8 semanas (López y Crespo, 2007).

Respecto a los efectos de los distintos tipos de intervenciones, los datos indican que la psicoterapia consigue mejores resultados que la psicoeducación. Los resultados parecen no depender del tipo de aplicación (individual, grupal o mixta) de la intervención, sin embargo, las aplicaciones telefónicas obtienen peores resultados (López y Crespo, 2007).

Los mismos autores mencionan que el estudio empírico de intervenciones dirigidas a cuidadores de mayores dependientes comenzó en los años ochenta, sin que aún se hayan conseguido establecer con claridad la eficacia de este tipo de intervenciones. Además aseguran que los familiares que cuidan a mayores en casa son un grupo de difícil acceso y muchos no están interesados en participar en las intervenciones o por su labor tienen dificultades que les impiden colaborar.

Es necesario señalar que es primordial adecuar las intervenciones a las necesidades y características específicas de los cuidadores, como por ejemplo su escasa disponibilidad de tiempo y su sobrecarga de tareas. Los datos indican que las intervenciones en las que el contacto con el cuidador es poco, resultan largas o tienen numerosos momentos de medida, generan un mayor número de abandonos. Por lo que es importante ofrecer programas de intervención breves, que no acrecienten el estrés. Los mismos autores, en su libro: "El estrés en cuidadores de mayores dependientes: Cuidarse para cuidar" proponen una intervención de 8 sesiones, la cual se mencionó anteriormente (López y Crespo, 2007).

## **Técnicas cognitivo conductuales en intervenciones para cuidadores**

### **Información general o psicoeducación**

Albarrán y Macías (2007) afirman que la psicoeducación es un modelo de intervención en el tratamiento integral de las enfermedades mentales. Señalan que en los trabajos de Brown en 1972 surge la psicoeducación, del trabajo con familias de sujetos diagnosticados con esquizofrenia.

Los mismos autores mencionan algunos conceptos de psicoeducación que Díaz, González, Varela proporcionan en 2001 junto con Muela y Godoy en 1997, los cuales dicen que es la aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Agregan que en 1988 Anderson, Douglas y Hogarty indican que es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y sintetiza información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y abordaje de un padecimiento desde su entorno, éstos concuerdan con los autores anteriores en que también involucra consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Existen dos modelos de psicoeducación. Unos son los programas de psicoeducación informativa, los cuales son breves y priorizan la transmisión de información acerca de la enfermedad por encima de otros elementos y tienen una eficacia limitada. Mientras que la psicoeducación conductual se caracteriza por programas largos en los que se priorizan aspectos como el trabajo práctico en la detección e intervención tempranos ante un nuevo episodio, control de síntomas, orden de hábitos, reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad, identificación de desencadenantes, etc. (Colom, 2011).

El mismo autor concluye que la psicoeducación no cura el padecimiento, pero sí la incomprensión, el reproche, la culpa y la indefensión aprendida, asociados con éste.

## **Actividades gratificantes (planificación de actividades) / activación conductual**

Gavino (2008) señala que la planificación de actividades es una técnica y estrategia psicológica, y que su uso depende de los objetivos que se pretendan conseguir.

Dicho procedimiento puede utilizarse como parte de una estrategia de intervención psicológica. Consiste en que el psicólogo y el usuario planifican una serie de actividades para permitirle retomar la vida cotidiana. También se utiliza como procedimiento en sí mismo cuando el usuario presenta déficit o exceso de actividades, o bien, desorganización de éstas (Gavino, 2008).

Las actividades a planificar pueden ser obligatorias, optativas, inaplazables, no urgentes, y éstas pueden ser placenteras, desagradables o neutras. Aunado a lo anterior, las actividades pueden ser individuales o colectivas. A su vez son flexibles o rígidas (Gavino, 2008).

La consideración del usuario respecto a si una actividad es simple, algo complicada o difícil depende de los conocimientos y habilidades que posee. Se ha demostrado que una buena organización y una planificación que contemple las distintas actividades que realiza el usuario acordes con la clase de vida que tiene, le permitirán a éste vivir mejor y disminuir o acabar con los síntomas de ansiedad, depresión, o de cualquier otra manifestación psicológica que interfiera en su vida diaria, así como su rendimiento laboral y su satisfacción general (Gavino, 2008).

Por otro lado, Crespo y López (2007) proponen la técnica programación de actividades gratificantes, la cual tiene por objetivo incrementar el tiempo que el usuario tiene para sí mismo y aumentar su vida social. Los autores aseguran que está comprobado que realizar actividades agradables mejora el estado de ánimo. La técnica consiste en identificar y hacer un listado de actividades agradables, señalando cuando se llevarán a cabo.

Las reglas para aplicar dicha técnica son: las actividades agradables tienen que ser realistas, que sean actividades que el usuario pueda aumentar en frecuencia y escoger las actividades más importantes (Crespo y López, 2007).

Posteriormente se debe seleccionar que día y en qué momento se llevarán a cabo, así como el grado de dificultad y de satisfacción de éstas. Y finalmente se sugiere anotar el estado de ánimo al final del día cuando se hayan realizado actividades agradables (Crespo y López, 2007).

### **Solución de problemas**

Becoña (2008) afirma que la Terapia de Solución de Problemas es un proceso cognitivo, afectivo y conductual a través del cual el individuo intenta identificar o descubrir soluciones a los problemas específicos que se le presentan en su vida cotidiana. El objetivo de esta terapia es mejorar la competencia social y disminuir el malestar psicológico.

La Terapia de Solución de Problemas surge en los años setenta dentro de las técnicas cognitivas. De acuerdo con Zurilla en 1986 el interés por la creatividad, la relevancia de la competencia social en psicopatología, el desarrollo de las técnicas cognitivo-conductuales y el desarrollo de la teoría transaccional del estrés de Lazarus son los hechos que favorecieron su aparición (Becoña, 2008).

Las respuestas emocionales ante la TSP pueden ser positivas o negativas. Dichas respuestas emocionales, en ocasiones, obstaculizan el proceso de solución de problemas y se deben tratar con técnicas de reestructuración cognitiva, el entrenamiento en inoculación de estrés, la desensibilización sistemática o relajación. Posterior a eso se aplica la TSP (Becoña, 2008).

Los pasos de la Terapia de Solución de Problemas son:

1. Modelo subyacente a la terapia en solución de problemas.

Consiste en explicarle al usuario en qué consistirá la TSP, la utilidad de la misma y que asuma que tiene que trabajar de un modo concreto para hacer frente a sus problemas.

## 2. Creación de una adecuada relación terapéutica.

Ser cálido, empático y genuino con el usuario, así como ser entusiasta y optimista ante cualquier problema y así comprobar si se puede resolver o no.

## 3. Evaluación conductual, formulación del caso y evaluación de la capacidad de solución de problemas.

Identificar las unidades de respuesta significativas, las variables ambientales y del organismo que controlan la conducta problema con el propósito de comprender y alterar dicho comportamiento. Detectar los obstáculos para solucionar el problema, poner en práctica la TSP y las técnicas que se precisen para alcanzar esa mejoría.

## 4. Aplicación del tratamiento en solución de problemas como tratamiento único o como técnica complementaria a otras de un tratamiento.

## 5. Pasos de la terapia de solución de problemas

### -Orientación hacia el problema

Fomentar las creencias de autoeficacia, saber reconocer los problemas, verlos como retos, usar y controlar las emociones en la solución de problemas, aprender a parar y pensar antes de actuar.

### -Definición y formulación del problema

Recopilar información sobre el problema basada en hechos, clarificar la naturaleza del problema, establecer una meta realista de solución de problemas, reevaluar el significado del problema para el bienestar personal y social del individuo.

### -Generación de soluciones alternativas

Principio de la cantidad, principio del aplazamiento del juicio y principio de la variedad.

-Toma de decisiones

Anticipación de los resultados de la decisión, evaluar (juzgando y comparando) los resultados de la solución, preparar un plan para la solución.

-Puesta en práctica y verificación

Realización de la conducta elegida, autoobservación de la conducta y el resultado, autoevaluación comparando el resultado real con el esperado, autorreforzamiento. En caso de que el resultado no sea el esperado, investigar el proceso y hacer los cambios necesarios para llegar a un resultado satisfactorio.

6. Tareas para casa y otros ejercicios de solución de problemas

7. Mantenimiento de los resultados y prevención de la recaída

Para el mantenimiento de los resultados es importante evaluar las tareas realizadas en las sesiones y en casa. Es importante y recomendable darle al usuario un material de apoyo en el que se describan las fases del entrenamiento, esto con el fin de favorecer la generalización.

### **Entrenamiento en control de la respiración**

De acuerdo con Labrador (2008) una mayor ventilación pulmonar provee el oxígeno necesario para un funcionamiento adecuado del organismo. Sin embargo, distintas condiciones pueden favorecer hábitos de respiración poco convenientes, por ejemplo, determinadas posturas, actividades y situaciones, como las estresantes. La presencia de una respiración rápida y superficial es uno de los efectos más reconocibles del estrés, esto implica un uso reducido de la capacidad funcional de los pulmones, mala oxigenación, mayor trabajo para el sistema cardiovascular, mayor gasto orgánico y aumento en la sensación de tensión del organismo. Por lo tanto, el desarrollo de un patrón de respiración

lenta, regular y con volúmenes elevados de aire en cada inspiración facilitará una correcta oxigenación tanto pulmonar como de los demás órganos, menor trabajo cardiovascular y una reducción de la activación general del organismo.

Labrador (2008) señala que el objetivo de las técnicas de control de la respiración es enseñar un control voluntario adecuado de ésta en condiciones óptimas, para después generalizar y automatizar tal control en todo tipo de situaciones.

El procedimiento consiste en varias fases. La primera es para establecer las condiciones iniciales, colocarse en una postura cómoda, ojos cerrados, ropa holgada, eliminación de posibles estímulos distractores, centrarse en sensaciones corporales para desconectar de preocupaciones o exigencias. Una escena agradable puede servir para dicho objetivo.

Cada ejercicio debe oscilar entre dos o tres minutos, repitiéndose cada uno varias veces según la habilidad para dominarlo (mínimo tres o cuatro veces). Se debe hacer un descanso entre cada ejercicio, de aproximadamente uno o dos minutos en el que se harán comentarios y observaciones.

La siguiente fase es el ejercicio previo, en el que se identifica la propia respiración sin alterar el patrón de respiración, identificando como entra o sale el aire del cuerpo. Se indica que se coloque una mano por debajo del ombligo y otra encima de su estómago para poder percibir mejor los efectos de cada ciclo de inspiración y espiración.

La fase que sigue es el ejercicio 1, en el cual el objetivo es dirigir el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones, se indica a la persona que dirija el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones, es decir, que se expanda el diafragma en su parte inferior. La realización correcta de dicho ejercicio será cuando la mano colocada en el vientre se mueva pero no la colocada en el estómago ni el pecho.

El segundo ejercicio consiste en dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de los pulmones. La indicación de ahora es que en cada inspiración

dirija el aire primero hacia la parte inferior y posteriormente en la parte media. Por lo tanto, la zona hinchada será primero la del vientre y luego la del estómago, sin que se mueva el pecho.

En el tercer ejercicio el objetivo es llevar a cabo una inspiración completa en tres partes: el vientre, estómago y pecho. Se le indica al usuario que envíe el aire a la parte del vientre, posteriormente a la del estómago y por último al pecho.

El ejercicio 4 radica en hacer la espiración más completa, pausada y regular. Se le indica al usuario que lleva a cabo la respiración aprendida en el paso 3 y después se centre en la espiración de forma que pueda hacerla más completa, pausada y regular. Al final de ésta se debe forzar alzando los hombros y tratando de silbar.

El penúltimo ejercicio se base en establecer una adecuada alternancia respiratoria. La inspiración se hace de manera continua sin diferenciar los tres tiempos, manteniendo el recorrido habitual. Durante la espiración se debe reducir el ruido y el silbido final. Por último, en el ejercicio 6 se tiene por objetivo generalizar la respiración completa a las condiciones habituales. Es decir, aprender a realizar dicha respiración en situaciones menos favorables de la vida cotidiana. Es importante que el usuario sea capaz de identificar o recrear las sensaciones experimentadas cuando el ejercicio se llevaba a cabo en condiciones óptimas.

Labrador (2008) recomienda que el ejercicio se lleve a cabo por lo menos tres o cuatro veces al día durante el entrenamiento, con una duración de 6 minutos o menos. Además de que sea realizada primero en lugares tranquilos y silenciosos, y posteriormente integrarlos a su actividad diaria.

### **Entrenamiento en asertividad**

Caballo e Irurtia (2008) mencionan que las habilidades sociales son: Iniciar y mantener conversaciones, hablar en público, expresión de amor, agrado y afecto, defensa de los propios derechos, petición de favores, rechazar

peticiones, hacer y aceptar cumplidos, expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo, expresión justificada de molestia, desagrado o enfado, disculparse o admitir ignorancia, petición de cambios en la conducta del otro, afrontamiento de las críticas.

El entrenamiento en habilidades sociales es de manera directa e indirecto. De manera directa se enseñan conductas específicas que se llevan a la práctica y se integran en el repertorio conductual del usuario, y de manera indirecta, se le enseña al usuario a reducir la ansiedad en situaciones problemáticas, se modifican valores, creencias, cogniciones y actitudes desadaptativas, así como a percibir y procesar correctamente los valores de todos los parámetros situacionales relevantes, esto para que aumente la probabilidad de alcanzar el objetivo de su comunicación interpersonal (Caballo e Iurrtia, 2008)

Las etapas del entrenamiento en habilidades sociales que estos autores proponen son en primer lugar mostrarle al usuario la importancia de respetar los derechos propios y los de los demás. El segundo paso es que el usuario distinga entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas. El tercer paso consiste en que el usuario comprenda que los que se dice a sí mismo al momento de comunicarse influye en sus emociones y conductas. Y el cuarto pasos radica en el ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas (Caballo e Iurrtia, 2008).

Caballo e Iurrtia (2008) agregan que los elementos conductuales no verbales, paralingüísticos y verbales son: mirada y contacto ocular, expresión facial, gestos, postura y orientación, distancia y contacto físico, volumen de la voz, entonación, fluidez, tiempo de habla y silencios, así como contenido verbal específico.

### **Reestructuración cognitiva**

Albert Ellis, creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en 1957 presentó un modelo de intervención llamado Terapia Racional. Enfatizaba el papel de las creencias en el desarrollo de trastornos emocionales,

defendiendo que el cambio de creencias irracionales conduce a un cambio emocional y conductual (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Ellis propone el modelo ABC para analizar las interrelaciones entre acontecimiento, cogniciones y consecuencia, en el cual A significa acontecimiento activador, C es referente a las consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas de A, que por sí mismo no las provoca, y B es la percepción o interpretación de dicho acontecimiento activador (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

La definición que Ellis da sobre las ideas racionales es que son cogniciones evaluativas de significado personal y de carácter preferencial, expresadas en forma de deseo, preferencia, gusto, agrado y desagrado. Son flexibles y ayudan a establecer metas y propósitos (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Mientras que las creencias irracionales son cogniciones evaluativas y absolutistas así como dogmáticas, expresadas de forma rígida con términos como “debería de...” o “tendría que...” las cuales generan emociones negativas perturbadoras que interfieren en la obtención de metas y propósitos que proporcionan felicidad (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Por otra parte, las fases del proceso de TREC, de acuerdo con Carrasco (2008) son:

La explicación del esquema A-B-C el cual consiste en explicar al usuario cuál es el proceso de las alteraciones emocionales y conductuales en el que A es el acontecimiento activador, B son los pensamientos irracionales que A puede suscitar y C es o son las consecuencias emocionales y conductuales que produce dicha percepción.

La segunda etapa tiene por objetivo la detección de ideas irracionales, las cuales son pensamientos que conducen a consecuencias contraproducentes para el organismo. Estas se detectan buscando los

imperativos, afirmaciones antiempíricas, ideas ilógicas y exigencias que el usuario se hace a sí mismo, al mundo y a otros (Carrasco, 2008).

La tercera etapa consiste en que por medio del debate, la distinción y discusión de las ideas irracionales, éstas se sustituyan por unas racionales. El método para lograrlo es el debate lógico-empírico, que radica en cuestionar, poner en tela de juicio y debatir científicamente dichas ideas. Un punto importante es distinguir entre lo que se quiere y lo que se necesita, los deseos de las exigencias, los resultados indeseables de los insoportables, los inconvenientes de los horrores, las conclusiones lógicas de las ilógicas. Con esto también se pretende que el usuario aprenda a debatir sus ideas irracionales y elegir otras más racionales (Carrasco, 2008).

La cuarta etapa hace referencia a conseguir una nueva filosofía que permita a los individuos pensar de forma más lógica sobre uno mismo, el mundo y los demás, esto de manera automática. Es importante evaluar que el usuario generalice dichos aprendizajes para que mejore su calidad de vida al aplicarlo en situaciones futuras y a su vez, se promueva la independencia del usuario (Carrasco, 2008).

### **Justificación**

La Organización Mundial de la Salud (2016) refiere que la demencia es un síndrome en el que se involucra el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana. Afecta principalmente a las personas mayores, sin embargo, no es una consecuencia normal del envejecimiento.

De acuerdo con la OMS (2016) en el mundo entero hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia y se registran 7,7 millones de nuevos casos cada año. Dentro de esa cifra, la enfermedad de Alzheimer es la causa de demencia más común ya que abarca entre un 60% y un 70% de los casos.

Peña-Casanova (1999) menciona que la enfermedad de Alzheimer ya es el cuarto gran problema de salud en el mundo y se calcula que entre un 5 y un 10% de las personas mayores de 65 años padecen esta enfermedad.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) en la sección para población de 60 años y más evaluó la frecuencia de Deterioro Cognoscitivo No Demencial y demencias de las cuales se encontró una prevalencia de 7.9%, se estima que existen 800 000 personas afectadas por la demencia en el país. La proyección del número de mexicanos afectados para 2050 alcanzará los más de 3 millones, por lo que el impacto de esta enfermedad en los sistemas económico, social y de salud será severo.

Según Gutiérrez y Arrieta (2014) la mayoría de los afectados con algún tipo de demencia, tienen poco acceso a servicios de salud integrales adecuados y son atendidos por cuidadores sin orientación ni capacitación, lo que causa mayores efectos adversos en la salud y en la economía de los pacientes, de sus familias y cuidadores primarios.

Estos mismos autores dentro del Instituto de Geriátrica realizaron una propuesta de intervención con personas afectadas por algún tipo de demencia y de sus cuidadores primarios, sin embargo, al reportar los avances hasta 2014 únicamente mencionan que han realizado capacitaciones a trabajadores del sector salud que laboran en el primer nivel de atención, estas capacitaciones son con el objetivo de desarrollar competencias que permitan una atención adecuada dirigida a las personas adultas mayores con demencia y sus familiares.

La OMS (2016) asegura que la demencia, además de afectar a los que la padecen, tiene un impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad.

Labrador (2007) menciona que cada vez más personas vivirán más tiempo en condiciones en las que sea indispensable la ayuda de alguien más. Este mismo autor menciona que cuanto más se requiere del tiempo de los cuidadores por parte del enfermo o anciano más se afecta la calidad de vida del cuidador.

Inevitablemente la sobrecarga que implica esta tarea impone efectos en forma de malestar personal, sentimientos de abatimiento, depresión, cansancio emocional, sensación de verse desbordado, etc.

De acuerdo con Peña-Casanova (1999) los cuidadores corren el riesgo de padecer síntomas de ansiedad y depresión, de sufrir enfermedades y de consumir psicofármacos. Los factores que pueden empeorar la situación del cuidador son: el poco conocimiento de la enfermedad, el aislamiento y la existencia de problemas familiares previos. Por lo que es muy importante que se realicen intervenciones dirigidas al cuidador. Las asociaciones organizan grupos de apoyo y sesiones de información que pretenden disminuir el estrés, evitar la ansiedad y la depresión e incrementar la satisfacción ante la vida y la aceptación de la realidad.

Nieto (2002) afirma que los problemas de salud constituyen el principal peligro para el cuidador y el anciano. El estrés en los cuidadores provoca un estado emocional que los convierte en más vulnerables ante enfermedades infecciosas y el aumenta el riesgo de sufrir un infarto.

El mismo autor hace referencia a los cuidadores de personas que padecen Alzheimer, el hecho de hacerse cargo de los cuidados, alimentación, higiene, medicación, etc. del enfermo, conlleva a que éste pierda su independencia y se desatienda a sí mismo. Así también los trastornos de memoria, de la personalidad y el carácter, causan una gran tensión en ellos, los cuidadores, y esto puede a su vez originar alteraciones psicopatológicas severas.

Crespo y López (2007) mencionan que un informe de IMSERSO en el 2005, se reportó que el 85% de los cuidadores entrevistados perciben que la ayuda prestada afecta negativamente en su vida cotidiana, lo cual aumenta conforme la edad del cuidador. Además esta problemática es incuestionable en cuidadores de personas con Alzheimer o cualquier tipo de demencia, por las características de la misma enfermedad, como lo son: alteraciones conductuales, deterioro cognitivo, dificultades en la memoria, entre otras.

Nieto (2002) menciona que algunos indicadores que muestran afectaciones en los cuidadores son: agresividad constante contra los otros porque no han perdido su independencia, confrontación con otros cuidadores sobre los “malos” cuidados hacia el enfermo y aislamiento progresivo.

En México no hay cifras respecto a la cantidad de cuidadores informales existentes, sin embargo, tomando en cuenta la cantidad de enfermos con Alzheimer que hay actualmente, se puede calcular que es la misma cantidad de cuidadores informales que hay, ya que dicha enfermedad imposibilita a los enfermos a ser independientes en su totalidad, y esta cantidad de cuidadores aumentará, ya que se pronostica el aumento de enfermos de aquí a 34 años.

Existe la necesidad de atender a los cuidadores por lo expuesto anteriormente, las causas y las consecuencias que conlleva realizar esta labor. Este trabajo se enfocará en intervención con cuidadores informales de personas que padecen Alzheimer sobre sus estilos de afrontamiento, las ideas irracionales que causan *burden* y/o *burnout* en y entrenamiento en solución de problemas.

### **Objetivo**

Intervenir bajo el modelo cognitivo-conductual con el propósito de disminuir *burnout* y *burden* en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer.

## CAPÍTULO 4. PROCEDIMIENTO

Se realizó una invitación formal en un grupo de apoyo a familiares de personas con demencia, miembros de la Asociación Alzheimer México, I.A.P. Así mismo, se envió otra por medios electrónicos (WhatsApp, Facebook, etc.).

Posteriormente se realizaron evaluaciones con pruebas psicométricas para determinar los participantes que tuvieran los niveles más altos de burnout y sobrecarga y con base en ello, tomar la decisión del usuario que deseara participar en la intervención.

Para medir *Burnout* se utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson, 1981). Está compuesto por 22 ítems, de los cuales nueve son de la dimensión de AE (cansancio o agotamiento emocional), cinco para DP (Despersonalización o deshumanización) y, ocho para RP (falta o disminución de la Realización Personal en el trabajo). Es una escala tipo Likert, con seis opciones de respuesta, las cuales son: 0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año o menos, 2 = Una vez al mes o menos, 3 = Unas pocas veces al mes o menos, 4 = Una vez a la semana, 5 = Pocas veces a la semana, 6 = Todos los días. En las dos primeras dimensiones a mayor puntuación, mayor es el nivel del Burnout; mientras que para RP se cuantifica inversamente. Las puntuaciones van de la siguiente manera: Nivel bajo: AE con puntuaciones de 0-18, DP 0-5, RP 33-48. Nivel medio: AE 19-27, DP 6-10 y RP 25-32. Nivel alto: AE 28 - 54, DP 11-30, RP 8-24 (De Valle-Alonso, Hernández-López, Zúñiga-Vargas, Martínez-Aguilera, 2015).

También se aplicó la Escala de sobrecarga del cuidador (Test Zarit; Zarit y Zarit, 1983), éste cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Dicho instrumento está compuesto por 22 ítems. Para cada pregunta se considera la siguiente puntuación: 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = algunas veces, 3 = bastantes veces y 4 = casi siempre. Las puntuaciones obtenidas se suman y el valor final representa el grado de sobrecarga del cuidador. La puntuación total del instrumento fluctúa entre 0-88.

Una cifra de 0 a 47 indica ausencia de sobrecarga, de 48 a 55 sobrecarga leve y de 56 a 88 sobrecarga intensa (Bertel, 2012).

Se les entregó un consentimiento informado en donde se especificaban las características de la intervención. Posteriormente se eligieron a dos participantes del grupo y a otro que se contactó por medio de la invitación virtual. A partir de ahora se les mencionará bajo los pseudónimos: A, U y B.

A partir de los resultados obtenidos con las pruebas, se realizó una entrevista individual, una historia clínica y la aplicación de un instrumento sobre estilos de afrontamiento llamado Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) validado con población mexicana por González y Landero (2007) que consta de 42 ítems, con una escala tipo Likert de cinco probables respuestas que van de 0 (Nunca) a 4 (casi siempre), divididos en 7 estilos de afrontamiento y clasificados en las 2 estrategias de afrontamiento señalados por Lazarus y Folkman. Los 7 estilos de afrontamiento y los ítems de cada uno son los siguientes: Búsqueda de apoyo social (6, 13, 20, 27, 34, 41), Expresión emocional abierta (4, 11, 18, 25, 32, 39), Religión (7, 14, 21, 28, 35, 42), Focalización en la solución del problema (1, 8, 15, 22, 29, 36), Evitación (5, 12, 19, 26, 33, 40), Autofocalización negativa (2, 9, 16, 23, 30, 37), Reevaluación positiva (3, 10, 17, 24, 31, 38). Los estilos de afrontamiento pertenecientes a la estrategia enfocada en la emoción son: Expresión emocional abierta, Religión, Evitación y Autofocalización negativa. Y los relacionados con la estrategia enfocada en el problema son: Búsqueda de apoyo social, Focalización en la solución del problema y Reevaluación positiva. Los intervalos de interpretación son: con un puntaje de 0 a 6 refiere un empleo de baja frecuencia del estilo, entre 7 y 18 manifiestan una frecuencia media y de 19 a 24 una alta frecuencia. Con lo anterior mencionado, se obtuvieron datos particulares para diseñar las intervenciones que se aplicarían a cada caso que a continuación se expondrán.

Tabla 1. Ruta crítica usuaria B

No. de sesión	Técnica	Objetivos	Procedimiento y duración	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Tarea para casa
1	<b>Psicoeducación</b>	La usuaria conocerá los beneficios de la técnica de control de la respiración para que la lleve a cabo en las situaciones pertinentes.	1. Explicar los beneficios de la técnica.  5 minutos	Que la usuaria reporte de manera verbal los beneficios de la técnica.	Check list (80%)	-----
1	<b>Control de la respiración</b>	La usuaria realizará el ejercicio 1 del control de la respiración dada por Labrador (2008) para disminuir tensión.	1. Explicar el primer paso del control de la respiración descritos en el punto 3.2.4 del presente trabajo. 2. Modelar los pasos a seguir. 3. Dar instrucciones del procedimiento. 4. Guiar al usuario para su correcta ejecución.  15 minutos	Que la usuaria realice 3 series de 5 100% correctas.	Demostración en el cubículo	De 5 a 10 series de respiración al día en casa. (Realizar registro).
1	<b>Control de la respiración</b>	La usuaria realizará el ejercicio 1 del control de la respiración dada por Labrador (2008) para disminuir tensión.	1. Revisar registro de control de la respiración (del paso 1). 2. Evaluar que continúe realizando correctamente el paso 1.  10 minutos.	Que la usuaria realice 3 de 5 respiraciones es 100% correctas.	Demostración en el cubículo.	Tres series de respiración al día en casa, de 3 minutos (Realizar registro).
1	<b>TREC</b>	La usuaria conocerá en qué consiste la terapia racional	1. Se presentará la información sobre TREC por medio de una	Que la usuaria reporte de manera verbal en	Check list (80%)	-----

		emotiva y sus beneficios.	infografía. 2. Se identificarán ideas irracionales en una canción de Juan Gabriel.  20 minutos	qué consiste la terapia racional emotiva.		
2	TREC	La usuaria detectará sus pensamientos irracionales.	1. Se explicarán las 12 ideas irracionales que propone Ellis. 2. La usuaria determinará si presenta alguna de las 12 ideas irracionales. 3. La usuaria aprenderá a usar el registro ABC.  25 minutos	Que la usuaria reporte 2 ideas irracionales de forma como se apuntará en el registro ABC de manera 100% correcta.	Demostración en el cubículo.	Registro de pensamientos irracionales . (ABC)
2	Control de la respiración	La usuaria realizará el ejercicio 1 del control de la respiración dada por Labrador (2008) para disminuir tensión.	1. Modelar paso 1. 2. Modelar los pasos 2 y 3. 3. Dar instrucciones de los pasos 2 y 3. 4. Guiar al usuario para su correcta ejecución.  25 minutos.	Que la usuaria realice 3 de 5 respiraciones 100% correctas.	Demostración en el cubículo.	Tres series de respiración al día en casa, de 3 minutos (Realizar registro).
3	Control de la respiración	La usuaria realizará el ejercicio 1 del control de la respiración dada por Labrador (2008) para disminuir tensión.	1. Evaluar que continúe realizando de manera correcta el paso 1. 2. Guiar al usuario para su correcta ejecución.  10 minutos	Que la usuaria realice 3 de 5 respiraciones 100% correctas.	Demostración en el cubículo.	Tres series de respiración al día en casa, de 3 minutos (Realizar registro).
3	TREC	La usuaria aprenderá a debatir sus ideas	1. La terapeuta debatirá con la usuaria dos ideas	Que la usuaria sustituya una idea	Demostración en el cubículo.	Registro de pensamientos irracionales

		irracional.	irracional que se presentaron en la semana. 2. La usuaria junto con la terapeuta determinarán las creencias racionales que reemplazarán las creencias irracionales. 3. La usuaria detectó las nuevas consecuencias emocionales de haber pensado de manera racional. 45 minutos	irracional por una con evidencia y que sea funcional.		(ABCDEF)
4	<b>TREC</b>	La usuaria aprenderá a debatir sus ideas irracionales.	1. La terapeuta debatió con la usuaria una idea irracional que se presentó en la semana. 2. La usuaria junto con la terapeuta determinarán las creencias racionales que reemplazarán las creencias irracionales. 3. La usuaria detectó las nuevas consecuencias emocionales de haber pensado de manera racional. 45 minutos	Que la usuaria sustituya una idea irracional por una con evidencia y que sea funcional. Que la usuaria aprenda a debatir la idea irracional del ejemplo que la terapeuta propondrá.	Demostración en el cubículo.	La usuaria realizará el formulario de autoayuda con algún acontecimiento activador que suceda en la semana.
4	<b>Control de la respiración</b>	La usuaria realizará todos los pasos del control de la respiración dada por Labrador	1. Evaluar que continúe realizando de manera correcta el paso 1. 2. Modelar todos los pasos	Que la usuaria realice 3 de 5 respiraciones 100% correctas.	Demostración en el cubículo.	Tres series de respiración al día en casa, de 3 minutos (Realizar registro).

		(2008) para disminuir tensión.	de la técnica. 3. Dar instrucciones de todos los pasos de la técnica. 4. Guiar al usuario para su correcta ejecución.			
			15 minutos			
<b>5</b>	<b>Imágenes Racional Emotiva</b>	La usuaria practicará mentalmente el pensamiento racional de situaciones activadoras.	1. La usuaria cerró los ojos y se imaginó un evento activador, tratando de hacerlo lo más vívidamente posible, agregando los problemas que dicha situación puede ocasionarle en su vida. 2. La usuaria experimentó de manera intensa los sentimientos consecuencias emocionales que le perturban e impiden ser feliz. 3. La terapeuta le indicó al usuario que se asegurara de sentir lo que realmente experimenta en dicha situación y no lo que debería de sentir. 4. La usuaria se mantuvo con dicho sentimiento por dos minutos y se le indicó que	Que la usuaria aprenda a debatir sus ideas irracionales . Que la usuaria sustituya una idea irracional por una con evidencia y funcional.	Demostración en el cubículo.	Registro de informe de autoayuda.

			<p>lo reemplace por un sentimiento negativo funcional.</p> <p>5. La usuaria debatió sus ideas irracionales que le originaron la emoción disfuncional, y posteriormente presentó de manera repetitiva una idea racional que sustituyó la irracional.</p> <p>6. La terapeuta preguntó cómo se siente después de pensar así, por lo que se le indicó al usuario que persista y siga practicando, recordándole que es él mismo el que se provoca dichos sentimientos.</p> <p>40 minutos</p>			
6	TREC	La usuaria aprenderá a detectar sus ideas irracionales.	<p>1. La terapeuta enfatizó la importancia de llevar a cabo dicha técnica y los registros necesarios.</p> <p>2. La usuaria pondrá un ejemplo de acontecimiento activador.</p> <p>3. La usuaria detectará el pensamiento que ocasionó ciertas</p>	Que la usuaria detecte sus pensamientos de la situación activadora.	Demostración en el cubículo.	La usuaria realizará el formulario de autoayuda con dos o más acontecimientos activadores que sucedan en la semana.

			consecuencias. 4. Se realizó un repaso de cómo se llena el registro de informe de autoayuda con el ejemplo de la situación de su hermano alcohólico. 50 minutos			
7	TREC	La usuaria aprenderá a debatir sus ideas irracionales.	1. La terapeuta retroalimentó lo realizado en el formulario de autoayuda TREC. 2. La usuaria detectará las nuevas consecuencias del pensamiento racional. 25 minutos	Que la usuaria sustituya una idea irracional por una con evidencia y que sea funcional.	Demostración en el cubículo	La usuaria realizará el formulario de autoayuda con dos o más acontecimientos activadores que sucedan en la semana.
7	Asertividad	La usuaria comprenderá qué es asertividad, sus beneficios y los pasos para ser una persona asertiva.	1. La terapeuta explicó en qué consiste la asertividad, los beneficios de ésta y los pasos que se deben realizar para que se consiga una comunicación asertiva. 2. La terapeuta mostró un video en el que se ejemplifica qué es la asertividad y cómo llevarla a cabo. 10 minutos	Que la usuaria reporte los beneficios personales que obtendrá al aprender a usar la técnica.	Check list (80%) evaluado por la terapeuta con la información presentada .	Lista de derechos asertivos (Marcar los que no sabía que existían, los que no comprendiera y los que no aplicara en el presente).
8	TREC	La usuaria detectará los acontecimientos activadores, los pensamientos	1. Se le solicitó que entregara el registro ABC. 2. Se revisó si lo realizó de manera 100%	Que el registro ABC esté realizado de manera 100% correcta.	Registro ABC	-----

		s y las consecuencias de éstos.	correcta. 10 minutos			
<b>8</b>	<b>Asertividad</b>	La usuaria conocerá los derechos asertivos y reconocerá los que no lleva a cabo.	1. La terapeuta leyó cada derecho asertivo y puso ejemplos de cada uno. 2. La usuaria señaló cuáles no lleva a cabo e identificó algunos pensamientos irracionales que le originaban no llevarlos a cabo. 40 minutos	Que la usuaria conozca los derechos asertivos y detecte los pensamientos irracionales que le impiden comunicarse de manera asertiva.	Demostración en el cubículo y listado de derechos asertivos.	----- -
<b>9</b>	<b>Asertividad</b>	La usuaria conocerá los derechos asertivos y reconocerá los que no lleva a cabo.	1. La terapeuta leyó cada derecho asertivo y puso ejemplos de cada uno. 2. La usuaria señaló cuáles no lleva a cabo. 3. La usuaria identificó qué idea irracional le ocasiona no llevar a cabo los derechos asertivos señalados. 4. Se debatieron dichos pensamientos irracionales y se modeló la comunicación asertiva en un ejemplo. 40 minutos	Que la usuaria reconozca cuales derechos asertivos requiere aplicar para mejorar su comunicación y que identifique las ideas irracionales que le impiden comunicarse de manera asertiva.	Demostración en el cubículo.	----- -

10	TREC	La usuaria reestructurar á sus ideas irracionales.	<p>1. La terapeuta identificó los pensamientos irracionales suscitados de los acontecimientos activadores así como las consecuencias de éste.</p> <p>2. La terapeuta debatió cada idea irracional, presentando refutaciones lógicas, con evidencia empírica y funcional.</p> <p>45 minutos</p>	Que la usuaria reestructur e sus ideas irracionales registradas.	Registro ABC y demostración en el cubículo.	Registro ABC
11	TREC	La usuaria reestructurar á sus ideas irracionales.	<p>1. La usuaria identificó los pensamientos irracionales.</p> <p>2. La terapeuta debatió cada idea irracional.</p> <p>3. La usuaria sustituyó una idea irracional presentada en el registro por una más racional.</p> <p>45 minutos</p>	Que la usuaria lleve a cabo todos los pasos de la reestructur ación cognitiva por sí solo con sus pensamientos irracionales .	Demostración en el cubículo.	Registro de autoayuda TREC.
12	TREC	La usuaria reestructurar á sus ideas irracionales.	<p>1. Se revisó el formato de autoayuda de TREC y se realizaron observaciones al respecto.</p> <p>2. Se le solicitó que continúe realizando</p>	Que la usuaria reestructur e por sí sola sus pensamientos irracionales .	Demostración en el cubículo.	Formato de autoayuda TREC. /autorreforz amento

			<p>dicho registro.</p> <p>3. La usuaria reportó los beneficios de sus nuevos pensamientos racionales en otros ámbitos de su vida.</p> <p>4. Se le indicó que a partir de ahora, debata sus pensamientos y los sustituya sin necesidad de hacer el registro.</p> <p>5. Se le indicó que se autorrefuerce cada que consiga debatir alguna idea irracional.</p> <p>40 minutos</p>			
12	<b>Asertividad</b>	<p>La usuaria identificará los pasos de la técnica del sándwich para solicitar ayuda o decir "no" a peticiones que no quiere atender.</p>	<p>1. Se hizo un repaso sobre lo ya mencionado respecto a la asertividad.</p> <p>2. Se le dará una infografía sobre la técnica.</p> <p>3. La usuaria reportó los beneficios de emplear la técnica del sándwich en una situación sencilla respecto a decir "no".</p> <p>10 minutos</p>	<p>Que la usuaria señale los beneficios de la técnica del sándwich y de la asertividad.</p>	<p>Check list 80%</p>	<p>----- ---</p>

13	TREC	La usuaria mantendrá la conducta de reestructuración cognitiva	<p>1. Se le solicitó el informe de autoayuda TREC para supervisar como lo llevó a cabo y se dio una retroalimentación sobre los aciertos y errores.</p> <p>2. Se debatieron algunas ideas irracionales que la usuaria reportó respecto al cuidado de su madre.</p> <p>40 minutos</p>	Formulario de autoayuda TREC 100% correcto.	Registro de tarea anterior.	Formulario de autoayuda TREC. / Autoreforzamiento.
13	Asertividad	La usuaria llevará a cabo de manera correcta el ensayo conductual que Caballo y Irurtia (2008) proponen.	<p>1. La usuaria reportó los beneficios de emplear la técnica del sándwich durante la semana con una de sus hermanas.</p> <p>2. Posterior, con ayuda de la terapeuta se limitó el problema a una situación específica,</p> <p>3. La usuaria representó lo que hace normalmente en esa situación.</p> <p>15 minutos</p>	Que la usuaria cumpla con los criterios de la comunicación asertiva.	Demostración en el cubículo.	-----

14	<b>Asertividad</b>	La usuaria se comunicará de manera asertiva.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limitar el problema en una situación específica.</li> <li>2. La usuaria representó lo que hace normalmente en esa situación.</li> <li>3. Se identificaron las posibles cogniciones disfuncionales que estén influyendo en la conducta socialmente inadecuada dla usuaria.</li> <li>4. Se identificaron los derechos humanos básicos implicados en la situación.</li> <li>5. Se definió un objetivo adecuado para la respuesta dla usuaria. Éste evaluó los objetivos a corto y largo plazo.</li> <li>6. La terapeuta sugirió respuestas alternativas concentrándose en aspectos concretos de la actuación.</li> <li>7. La terapeuta demostró una</li> </ol>	Que la usuaria cumpla con los criterios de la comunicación asertiva.	Demostración en el cubículo.	Ensayos frente al espejo.
----	--------------------	--	---	--	------------------------------	---------------------------

			<p>de estas respuestas para la usuaria (modelado).</p> <p>8. La usuaria practicó de manera encubierta la conducta que llevaría a cabo como preparación para la representación de papeles.</p> <p>9. La usuaria representó la respuesta elegida, teniendo en cuenta la conducta del modelo, que acaba de presenciar, y las sugerencias aportadas a la conducta modelada.</p> <p>10. La usuaria evaluó la eficacia de su respuesta y posteriormente la terapeuta retroalimentó empezando por los aspectos positivos y señalando las conductas inadecuadas o mejorables de manera amigable.</p> <p>30 minutos</p>			
--	--	--	--	--	--	--

15	<b>Asertividad</b>	La usuaria detectará y debatirá los pensamientos disfuncionales relacionados con la conducta asertiva.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se le preguntó qué piensa cuando se comporta de manera pasiva o agresiva al momento de comunicarse.</li> <li>2. Se le indicó que dichos pensamientos bloquean o facilitan que se comunique de manera asertiva.</li> <li>3. La terapeuta y la usuaria debatieron dichos pensamientos y se le indicó que modificara las autoinstrucciones previas a su actuación, por unas más funcionales.</li> <li>4. Se realizaron dos ensayos basándose en los pasos que se siguieron en la sesión anterior, de acuerdo con Caballo e Iruña.</li> </ol>	Que la usuaria cumpla con los criterios de la comunicación asertiva.	Demostración en el cubículo.	Llevarlo a cabo en la situación real y reportarlo por medio de un registro.
16	<b>Activación conductual</b>	La usuaria conocerá en qué consiste la activación conductual y los beneficios de ésta.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se le explicó qué es la activación conductual, los pasos de ésta y sus beneficios.</li> <li>2. Se realizó un</li> </ol>	Que la usuaria comprenda los beneficios de la activación conductual.	Check list 80%	Determinar los porcentajes de dificultad y satisfacción de cada actividad.

			listado de actividades placenteras que casi no realiza, que hace mucho no hace y que nunca ha hecho pero le gustaría hacer. 30 minutos			
17	<b>Activación conductual</b>	La usuaria determinará las actividades que llevará a cabo como activación conductual.	1. Se le asignaron valores del 1 al 10 de satisfacción y dificultad a cada actividad planteada. 2. Se seleccionaron las actividades a realizar en el transcurso de la semana, qué necesitaba para llevarlas a cabo y como lo haría. 30 minutos	Que la usuaria lleve a cabo las actividades planeadas respecto a la activación conductual.	Registro	Llevar a cabo las actividades planeadas y registrar los beneficios.
17	<b>Asertividad</b>	La usuaria se comunicará de manera asertiva.	La terapeuta y la usuaria realizaron un listado de los pasos a seguir para comunicarse de manera efectiva con una de sus hermanas, siguiendo los que Caballo e Irurtia plantean. 20 minutos	Que la usuaria cumpla con los criterios de la comunicación asertiva.	Registro	Llevarlo a cabo en la situación real y reportarlo por medio de un registro.
18	<b>Asertividad</b>	La usuaria se comunicará de manera asertiva.	1. Se repasaron los pasos que conforman la comunicación	Que la usuaria cumpla con los criterios de la	Demostración en el cubículo.	Llevarlo a cabo en la situación real y reportarlo

			<p>asertiva. 2. Se señalaron los beneficios de ésta y las técnicas que Caballo propone (disco rayado, aplazamiento asertivo, banco de niebla, pregunta asertiva) para comunicarse de manera asertiva.</p> <p>30 minutos</p>	comunicación asertiva.		por medio de un registro.
18	<b>Activación conductual</b>	La usuaria practicará la activación conductual e identificará los beneficios de llevarla a cabo.	<p>1. La usuaria identificó qué actividades le resultaron beneficiosas. 2. Se le señaló que continúe realizando actividades de ese tipo y las pendientes.</p> <p>25 minutos</p>	Que la usuaria lleve a cabo las actividades planeadas respecto a la activación conductual.	Registro	Llevar a cabo las actividades planeadas y registrar los beneficios.
19	<b>Asertividad/ Activación conductual / TREC</b>	La usuaria pondrá en práctica de manera correcta las técnicas revisadas en el transcurso de la intervención.	<p>1. La usuaria reportó los beneficios de utilizar la comunicación asertiva, la activación conductual y TREC. Además explicó cómo las lleva a cabo. 2. La terapeuta retroalimentó de manera positiva las nuevas conductas de la</p>	Que la usuaria reporte de manera verbal y por medio de registros los cambios obtenidos por medio de las nuevas habilidades adquiridas.	Registros y demostración en el cubículo	Registros.

			usuaria. 45 minutos			
<b>20</b>	<b>Prevención de recaídas</b>	La usuaria adquirirá habilidades para afrontar las posibles recaídas de las conductas problema.	<p>1. La usuaria reportó eventos que sucedieron durante la semana en los que aplicó las habilidades adquiridas, como comunicación asertiva, reestructuración cognitiva y activación conductual.</p> <p>2. La terapeuta le brindó las recomendaciones necesarias y un repaso de la técnica para modificar pensamientos.</p> <p>3. Se le explicó la técnica de solución de problemas y se le entregó una infografía del tema así como los pasos a seguir para llevarla a cabo, que Labrador (2008) propone en su libro de Técnicas de modificación de conducta.</p> <p>50 minutos</p>	Que la usuaria reporte eventos en los que haya tenido que aplicar los conocimientos adquiridos por parte de la intervención.	Registros y demostración en el cubículo.	----- -
<b>21</b>	<b>Estilos de crianza y estableci</b>	La usuaria conocerá qué son los estilos de	1. La terapeuta explicó en qué consisten los estilos de	Que la usuaria utilice ejemplos	Demostración en el cubículo.	----- --

	<b>miento de límites</b>	crianza, cómo influyen en la conducta de los hijos así como qué es el establecimiento de límites y cómo se aplica.	crianza, el establecimiento de normas, como aplicarlas y para qué sirven. 2. La usuaria ejemplificó los errores que ha tenido al poner límites con sus hijos. 3. Se le dieron recomendaciones de cómo establecer normas con sus hijos. 50 minutos	reales sobre el tema explicado.		
22	<b>Repaso de avances obtenidos</b>	La usuaria conocerá los avances que se obtuvieron en el transcurso de la intervención	1. La terapeuta le mencionó los objetivos que se cumplieron durante la intervención 2. La usuaria comentó los beneficios de cada uno. 3. Se le dieron recomendaciones finales, uno de ellos fue continuar registrando sus conductas asertivas, con la finalidad de que haga una retroalimentación de sus avances. 4. La usuaria comparó las actitudes que tenía antes y	----- ----	----- ---	----- --

			<p>las que ahora tiene por los aprendizajes adquiridos en la terapia. Y explicó los beneficios de sus nuevas habilidades y como las emplea en la actualidad. 30 minutos</p>			
<b>22</b>	<b>Aplicación de posttest</b>	<p>La terapeuta recabará los datos que arrojan las pruebas sobre el estatus de la usuaria después de la intervención.</p>	<p>1. La usuaria respondió las pruebas: Maslach Burnout Inventory, la escala de sobrecarga del cuidador y el instrumento de estilos de afrontamiento. 20 minutos</p>	<p>----- -----</p>	<p>----- -----</p>	<p>----- -----</p>

Tabla 2. Ruta crítica usuaria A

No. sesión	Técnica	Objetivos	Procedimiento y duración	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Tarea para casa
1	TSP	La usuaria conocerá en qué consiste la técnica solución de problemas que plantea Becoña (2008)	1. Explicar los beneficios de la técnica. 2. Explicar los pasos que conforman la técnica.  15 minutos	Que la usuaria reporte los beneficios personales que obtendrá al aprender a usar la técnica.	Check list (80%) evaluado por la terapeuta con la información presentada.	-----
1	TSP	La usuaria llevará a cabo los primeros 4 pasos de la técnica en solución de problemas que plantea Becoña (2008).	1. Se presentó la evaluación del caso. 2. La usuaria reconoció que su problema tiene solución. 3. Se definió y planteó objetivamente el problema. 4. Se generaron soluciones alternativas y se evaluaron los pros y contras de cada una.  35 minutos	Que la usuaria reporte la mayor cantidad de soluciones alternativas. Que la usuaria determine pros y contras de las soluciones propuestas.	Demostración en el cubículo.	-----
2		La usuaria llevará a cabo los pasos 4 y 5 de la técnica en solución de problemas que plantea Becoña (2008).	1. Se generaron soluciones alternativas y se evaluaron los pros y contras de cada una. 2. Se determinó cuál es la solución más conveniente y se evaluó si era necesario que desarrolle alguna habilidad para ponerla en marcha.  20 minutos	Que la usuaria determine pros y contras de las soluciones propuestas. Que la usuaria considere una o varias decisiones.	Demostración en el cubículo.	
2	Establecimiento	La usuaria aprenderá a	1. La terapeuta	Que la usuaria	Demostración en el	Registro con actividades

	<b>o de objetivos, planificación de actividades y administración de tiempo</b>	planear actividades y administrar su tiempo, con la finalidad de que conozca qué debe hacer para conseguir lo que desea.	<p>explicó en qué consiste la técnica y los beneficios de ésta. También se le aclaró a la usuaria que aunque se agilicen las actividades por estar organizadas, con eso no aumentará la rapidez de su ejecución.</p> <p>2. La usuaria y la terapeuta establecieron las actividades que se llevarían a cabo cierto día, con base en el tiempo que se requiere para llevarlas a cabo, tomando en cuenta que la usuaria se debiera de acostar a las 10 pm.</p> <p>20 minutos</p>	planeará 3 actividades con base en el tiempo que se requiere para llevarlas a cabo, por sí sola. Contemplando el horario establecido para dormir.	cubículo.	y horarios.
<b>3</b>	<b>Asertividad</b>	La usuaria comprenderá qué es la asertividad, sus beneficios y los pasos para ser una persona asertiva.	1. La terapeuta explicó en qué consiste la asertividad, los beneficios de ésta, mostró los derechos asertivos y los pasos que se deben realizar para que se consiga una comunicación asertiva.	Que la usuaria reporte los beneficios personales que obtendrá al aprender a usar la técnica.	Check list (80%) evaluado por la terapeuta con la información presentada.	-----

			<p>2. La terapeuta mostró un video en el que se ejemplifica qué es la asertividad y cómo llevarla a cabo.</p> <p>20 minutos</p>			
4	<b>Asertividad</b>	<p>La usuaria llevará a cabo de manera correcta el ensayo conductual que Caballo y Iruña (2008) proponen.</p>	<p>1. Se limitó el problema en una situación específica, de preferencia la expuesta en un principio. Y se le explicó que se enfoque en solucionar el problema actual.</p> <p>2. La usuaria representó lo que hace normalmente en esa situación.</p> <p>3. Se identificaron las posibles cogniciones desadaptativas que estuvieran influyendo en la conducta socialmente inadecuada de la usuaria.</p> <p>4. Se identificaron los derechos humanos básicos implicados en la situación.</p> <p>5. Se identificó un objetivo adecuado para la respuesta de</p>	<p>Que la usuaria actúe de manera asertiva.</p>	<p>Demostración en el cubículo.</p>	<p>Que la usuaria lleve a cabo la representación realizada en la sesión a la vida real.</p>

			<p>la usuaria. Éste evaluó los objetivos a corto y largo plazo.</p> <p>6. La terapeuta sugirió respuestas alternativas concentrándose en aspectos concretos de la actuación.</p> <p>7. La terapeuta demostró una de estas respuestas para la usuaria (modelado) y le ejemplificó la técnica del sándwich por medio de un video.</p> <p>8. La usuaria practicó de manera encubierta la conducta que llevaría a cabo como preparación para la representación de papeles.</p> <p>9. La usuaria representó la respuesta elegida, teniendo en cuenta la conducta del modelo, que acababa de presenciar, y las sugerencias aportadas a la conducta modelada.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>10. La usuaria evaluó la eficacia de su respuesta y posteriormente la terapeuta retroalimentó empezando por los aspectos positivos y señalando las conductas inadecuadas o mejorables de manera amigable y no punitiva. Se reforzaron las mejoras por medio de moldeamiento.</p> <p>50 minutos</p>			
<b>6</b>	<b>Asertividad</b>	La usuaria llevará a cabo el ensayo conductual que Caballo y Irurtia (2008) proponen con un nuevo objetivo.	<p>1. Se llevaron a cabo los pasos 1 a 10 y se incorporó el paso 11, es decir, que la usuaria actúe de nuevo (pasos 8 a 11) una vez que se haya hecho la retroalimentación por parte de la terapeuta las veces que sean necesarias.</p> <p>2. Se repitió la escena entera, una vez que se incorporó lo retroalimentado.</p> <p>3. La terapeuta le dio las últimas instrucciones al usuario sobre la puesta en práctica de la</p>	Que la usuaria actúe de manera asertiva.	Demostración en el cubículo	Que la usuaria lleve a cabo la representación realizada en la sesión a la vida real.

			<p>conducta ensayada en la vida real, las consecuencias positivas y/o negativas con que pudiera encontrarse, y se le dijo que lo más importante es que lo intente.</p> <p>40 minutos.</p>			
<b>7</b>	<b>TREC</b>	La usuaria conocerá en qué consiste la Terapia Racional Emotiva – Conductual.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se presentó la información sobre TREC por medio de una infografía.</li> <li>2. Se le mostró un video en el que Albert Ellis explica qué es TREC.</li> <li>3. Se le pidieron ejemplos de ideas irracionales, para confirmar que comprendió lo explicado anteriormente.</li> </ol>	Que la usuaria reporte de manera verbal ejemplos de ideas irracionales.	Demostración en el cubículo.	-----
<b>8</b>	<b>TREC</b>	La usuaria identificará las ideas irracionales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se identificaron las 10 ideas irracionales que propone Ellis Caballo y Lega.</li> <li>2. Se identificaron las ideas irracionales en una canción de Juan Gabriel y José José.</li> </ol> <p>40 minutos</p>	Que la usuaria identifique las ideas irracionales.	Demostración en el cubículo por medio de letras de canciones.	Que identifique qué tipos de ideas irracionales presenta actualmente.
<b>9</b>	<b>TREC</b>	La usuaria aprenderá a detectar sus ideas irracionales.	1. Se le preguntó qué tipos de ideas irracionales presenta	Que la usuaria comprenda la relación A-B-C al	Demostración en el cubículo.	Llenar registro ABC (respecto al cuidado de su esposo y

			<p>actualmente, de acuerdo a las 10 que propone Ellis en el libro de (Lega, Ellis y Caballo).</p> <p>2. Se le explicaron en qué consiste el registro ABC y la relación de éstas. Así como la importancia de que se proponga un cambio real en su vida y se responsabilice de sus pensamientos, emociones y conductas.</p> <p>3. La usuaria puso un ejemplo de la A-B y C.</p> <p>40 minutos</p>	llenar el registro con un ejemplo.		de asertividad).
10	TREC	La usuaria aprenderá a detectar sus ideas irracionales.	<p>1. La usuaria realizó con ayuda de la terapeuta el registro de sus pensamientos ABC.</p> <p>2. La terapeuta cuestionó a la usuaria respecto a situaciones detonantes que sucedieron en la semana, con el objetivo de que la usuaria comprenda la relación A-B-C y aprenda a detectar sus ideas irracionales.</p> <p>50 minutos</p>	Que la usuaria comprenda la relación A-B-C al llenar el registro con un ejemplo.	Demostración en el cubículo	Registro ABC.
11	Solución de problemas	La usuaria llevará a cabo los primeros 4	1. Se definió y planteó objetivamente el problema.	Que la usuaria reporte la mayor	Demostración en el cubículo.	Investigar donde puede internar a su

		pasos de la técnica en solución de problemas que plantea Becoña (2008).	4. Se generaron soluciones alternativas y se evaluaron los pros y contras de cada una.  30 minutos	cantidad de soluciones alternativas. Que la usuaria determine pros y contras de las soluciones propuestas.		esposo.
11	<b>TREC</b>	La usuaria debatirá sus ideas irracionales y los sustituirá con racionales.	1. La usuaria identificó con ayuda de la terapeuta sus pensamientos irracionales y de la situación detonante, así como de las consecuencias. 2. La terapeuta debatió dichas ideas irracionales. 3. Se le propuso y solicitó una idea racional que sustituyera la anterior. 4. Se le pidió que identificara las nuevas consecuencias de pensar de manera racional.  30 minutos	Que la usuaria sustituya una idea irracional por una con evidencia y que sea funcional.	Demostración en el cubículo	Registro ABC
11	<b>Activación conductual</b>	La usuaria conocerá en qué consiste la técnica y sus beneficios.	1. La terapeuta explicó en qué consiste la técnica, los pasos a seguir y los beneficios de ésta. Se le ejemplificó con ayuda del libro de Crespo y López. 2. La usuaria realizó un listado	Que la usuaria reporte los beneficios personales que obtendrá al llevar a cabo la técnica.	Check list (80%)	Realizar la mayor cantidad de actividades gratificantes

			en el registro asignado de actividades gratificantes que quisiera agregar a su repertorio. 10 minutos			
<b>12</b>	<b>TSP</b>	La usuaria llevará a cabo los pasos de la técnica en solución de problemas que plantea Becoña (2008).	1. Se definió y planteó objetivamente el problema. 2. Se generaron soluciones alternativas y se evaluaron los pros y contras de cada una, respecto a cuál era la mejor opción que tenía para internar a su esposo. 30 minutos	Que la usuaria reporte la mayor cantidad de soluciones alternativas. Que la usuaria determine pros y contras de las soluciones propuestas.	Demostración en el cubículo.	Establecer pros y contras de otras instituciones.
<b>13</b>	<b>Activación conductual</b>	La usuaria llevará a cabo las actividades gratificantes planeadas.	1. La usuaria reportó las actividades gratificantes que llevó a cabo durante la semana. 2. Se planearon de nuevo algunas actividades a realizar la semana siguiente.	Que la usuaria lleve a cabo la mayoría de las actividades gratificantes planeadas.	Registro	Realizar actividades gratificantes.
<b>13</b>	<b>TSP</b>	La usuaria llevará a cabo los pasos de la técnica en solución de problemas que plantea Becoña (2008).	1. La usuaria junto con la terapeuta revisaron los pros y contras de las instituciones en donde podría internar a su esposo.	Que la usuaria tome la decisión utilizando la técnica completa.	Demostración en el cubículo y por medio de registro	----- ---

			2. La usuaria tomó la decisión de cuál era la opción más viable.			
<b>13</b>	<b>TREC</b>	La usuaria debatirá sus ideas irracionales y los sustituirá por unos más racionales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La usuaria identificó con ayuda de la terapeuta sus pensamientos irracionales de la situación detonante, así como las consecuencias.</li> <li>2. La terapeuta debatió dichas ideas irracionales.</li> <li>3. Se le propuso una idea racional que sustituyera la anterior.</li> <li>4. Se le pidió que identificara las nuevas consecuencias de pensar de manera racional. 30 minutos</li> </ol>	Que la usuaria sustituya una idea irracional por una con evidencia y que sea funcional, por sí sola.	Demostración en el cubículo	Registro ABC
<b>14</b>	<b>TREC</b>	La usuaria debatirá sus ideas irracionales y los sustituirá por unos más racionales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La terapeuta cuestionó a la usuaria para ayudarla a identificar sus pensamientos irracionales.</li> <li>2. La terapeuta debatió dichas ideas irracionales.</li> <li>3. Se le propuso una idea racional que sustituyera la anterior.</li> <li>4. Se le pidió que identificara las nuevas consecuencias</li> </ol>	Que la usuaria sustituya una idea irracional por una con evidencia y que sea funcional, por sí sola.	Demostración en el cubículo	Formato de autoayuda TREC

			de pensar de manera racional. 30 minutos			
14	<b>Activación conductual y TSP</b>	La usuaria reportará los avances obtenidos con las técnicas Activación conductual y TSP.	1. La terapeuta cuestionó a la usuaria sobre las actividades agradables planeadas la sesión anterior. 2. La usuaria reportó los cambios obtenidos por realizar dichas actividades agradables. 3. La terapeuta le preguntó a la usuaria sobre la puesta en marcha de su decisión. 4. La usuaria reportó los avances obtenidos en la puesta en marcha sobre internar a su esposo. 30 minutos	Que la usuaria emplee las técnicas activación conductual y TSP de manera correcta.	Demostración en el cubículo y registros	Registro Activación conductual.
15	<b>TSP</b>	La usuaria reportará los avances obtenidos con la técnica TSP.	1. La terapeuta le preguntó a la usuaria sobre la puesta en marcha de su decisión. 2. La usuaria reportó los avances y retrocesos obtenidos respecto a la puesta en marcha de internar a su esposo. 30 minutos	Que la usuaria emplee la técnica TSP de manera correcta.	Demostración en el cubículo y registros	-----
15	<b>Asertividad</b>	La usuaria llevará a cabo el	1. Se llevaron a cabo los pasos 1 a 10 y se	Que la usuaria actué de manera	Demostración en el cubículo	Que la usuaria lleve a cabo

		ensayo conductual que Caballo y Irurtia (2008) proponen con un nuevo objetivo.	incorporó el paso 11, es decir, que la usuaria actué de nuevo (pasos 8 a 11) una vez que se haya hecho la retroalimentación por parte de la terapeuta. 2. Se repitió la escena entera, una vez que se incorporó lo retroalimentado. 3. La terapeuta le dio las últimas instrucciones al usuario sobre la puesta en práctica de la conducta ensayada en la vida real, las consecuencias positivas y/o negativas con que pudiera encontrarse, y se le dijo que lo más importante es que lo intente. 40 minutos.	asertiva.		la representación realizada en la sesión a la vida real.
16	<b>Repaso de avances obtenidos</b>	La usuaria conocerá los avances que se obtuvieron en el transcurso de la intervención	1. La terapeuta le mencionó los objetivos que se cumplieron durante la intervención. 2. La usuaria comentó los beneficios de cada uno. 3. Se le dieron recomendaciones finales como el utilizar	----- --	----- --	----- -

			registros para evaluar sus avances, emplear las técnicas aprendidas durante la intervención, enfocarse en la solución del problema, entre otras. 4. La usuaria reportó los objetivos que no se cumplieron durante la intervención. 30 minutos			
16	<b>Preven ción de recaída s</b>	La usuaria realizará actividades agradables cuando se interne a Héctor en el asilo.	1. Con ayuda de la terapeuta, se realizó un listado de actividades agradables por realizar cuando su esposo esté institucionalizado. 20 minutos	----- -----	----- -----	----- -----
16	<b>Aplicac ión de postest</b>	La terapeuta recabará los datos que arrojan las pruebas sobre el estatus de la usuaria después de la intervención.	1. La usuaria respondió las pruebas: Maslach Burnout Inventory, la escala de sobrecarga del cuidador y el instrumento de estilos de afrontamiento. 20 minutos	----- -----	----- -----	----- -----

## **CAPÍTULO 5. RESULTADOS**

### **Resultados participante “B”**

Para la presente investigación se obtuvo la participación de dos mujeres de la Ciudad de México, a una de ellas se hará referencia a partir de ahora como “B” de 50 años de edad mientras que la otra usuaria como “A” de 76 años. Ambas son cuidadoras informales primarias de un familiar diagnosticado con Alzheimer.

Se encontró que B vive con su madre de 89 años de edad, la cual es la paciente con Alzheimer, con sus hijos adolescentes y algunos de sus hermanos, es madre soltera y en el momento de la intervención no se encontraba en alguna relación sentimental. Su grado de escolaridad es Licenciatura en contaduría pública. Ejerce su profesión en dos empresas distintas. Reporta que una de sus hermanas le ayuda con los cuidados de su madre mientras ella trabaja. Su madre lleva dos años enferma y se encuentra en etapas intermedias de la enfermedad. La usuaria reportó problemas de comunicación con sus hermanos, y que eso le ocasionaba sentirse sobrecargada y muy triste, ya que no la apoyaban con las tareas de la casa ni con los cuidados de su madre. Aunado a esto, B refirió que tenía problemas para pedirle a su familia apoyo para cuidar a su madre, entre otras cosas.

B señaló interés por entender la enfermedad de Alzheimer, por aprender a comunicarse con su familia y a pedir apoyo sin sentirse culpable, por disminuir la sobrecarga y por mejorar la relación con su madre, ya que solía enojarse en ocasiones con ella cuando tenía comportamientos anormales debido a la enfermedad. Asimismo, B reportó tener estrés laboral, solía llorar por las noches, problemas para dormir o bien, sueño intermitente, estar en el proceso de menopausia, dolor de hombros y espalda baja, así como que tenía mucho tiempo sin ver a sus amigas o hacer alguna actividad recreativa.

En cuanto a los resultados de los instrumentos aplicados, “B” obtuvo 34 puntos en la escala de sobrecarga del cuidador, la cual indica ausencia de

sobrecarga mientras que en la escala Maslach Burnout obtuvo un nivel alto en la subescala de falta de realización personal con 23 puntos, un nivel medio en agotamiento emocional con 23 puntos y un nivel bajo en despersonalización con 0 puntos.

En cuanto a los resultados obtenidos con el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), se observó que “B” emplea todos los estilos de afrontamiento referidos en la prueba, con una frecuencia media, sin embargo, predomina la estrategia enfocada en la emoción.

Por otro lado, debido a la información obtenida por medio de la evaluación dirigida a B, se decidió implementar distintas técnicas de la terapia cognitivo conductual, dirigidas a modificar pensamientos irracionales, implementar control de la respiración para disminuir activación fisiológica, entrenamiento en asertividad para que B se comunicara de manera efectiva con sus hermanos y activación conductual para disminuir el estrés con las actividades gratificantes. Asimismo se realizó psicoeducación para que B comprendiera qué es el Alzheimer, los cambios conductuales de su madre relacionados con la enfermedad, etc. La intervención tuvo una duración de 22 sesiones. En algunas sesiones B se ausentó ya que enfermaba ella o su madre, tenía citas médicas y porque ocurrió un sismo en la Ciudad de México.

Al inicio de la intervención se implementó la técnica control de la respiración para que B disminuyera su nivel de activación fisiológica en los momentos de tensión. Sin embargo se observó que tenía dificultades para llevarla a cabo por lo que se comenzó por enseñarle a inflar el abdomen sin hacer respiración profunda y posteriormente se fueron incrementando los pasos de ésta técnica, por medio de moldeamiento y modelamiento. Esto sucedió durante 3 sesiones y en la cuarta sesión se percibió que B ya dominaba la técnica. Cabe señalar que B no realizaba los registros de control de la respiración, sino hasta la quinta sesión de intervención.

Otra técnica implementada a la par del control de la respiración fue la Terapia Racional Emotiva Conductual, con el objetivo de modificar los

pensamientos irracionales que le estuvieran causando sobrecarga física o emocional. Dicha técnica se aplicó durante 9 sesiones distribuida en la primera mitad de la intervención. En las primeras sesiones, B tenía dificultad para identificar sus pensamientos y los confundía con las consecuencias, además no realizaba los registros indicados de tarea, por lo que en las sesiones se le guiaba para que identificara dichos pensamientos y relacionándolos con los tipos de ideas irracionales que Albert Ellis propone. Posterior a esto, se debatían dichos pensamientos, se sustituían por unos más racionales y se identificaban las nuevas consecuencias de pensar así. Aunado a ello, B no realizaba dichos ejercicios de tarea por lo que se procedió a realizar en una sesión la técnica Imaginación Racional Emotiva para que B identificara sus pensamientos irracionales con menor dificultad. Posterior a ello se confrontó a la usuaria para destacarle la importancia de que llevara a cabo las tareas.

Por otro lado, un ocurrió un suceso que no se tenía contemplado al inicio de la intervención. B reportó que un hermano que vivía con ella es alcohólico y que ella se hacía cargo de él, sin embargo, estaba cansada de hacerlo pero no sabía de qué otra forma apoyarlo para que él disminuyera su alcoholismo. Por lo que se dedicó una sesión para darle sugerencias y explicarle hasta qué punto era su responsabilidad.

Posterior a la confrontación, B entregó la mayor parte de sus tareas cuando se le solicitaban. Por lo que se debatieron los pensamientos irracionales identificados como disfuncionales en relación a la enfermedad de su madre, la relación con sus hermanos, a la asertividad y de su ex pareja. Posterior a ello, se aplicó la técnica de entrenamiento en habilidades sociales, enfocada en asertividad, para la cual se dedicaron 9 sesiones. Iniciando con psicoeducación y posteriormente se realizaron ensayos conductuales relacionados con problemáticas que B reportaba en cada sesión. Algunas tenían relación con la comunicación con sus hermanos pero en ocasiones B reportaba problemas para comunicarse de manera asertiva con sus hijos y personas externas a su familia. También se le indicaba de tarea que llevara a cabo lo ensayado a situaciones concretas en relación a las dificultades con sus

hermanos e hijos expresadas en un principio, sin embargo, en las primeras sesiones en las que se abordó dicha temática B no realizaba las tareas solicitadas por lo que se indagó a qué se debía y B refirió que no se sentía preparada totalmente, por lo que se debatieron los pensamientos irracionales relacionados a pensar que no estaba preparada y se realizaron más ensayos conductuales.

Conforme se aplicaban dichas técnicas y B cumplía con sus tareas, se observaron los cambios obtenidos en cuanto a sus pensamientos y conductas. Incluso en situaciones que no se contemplaban durante las consultas. Se observó esto ya que los registros que realizaba de tarea estaban correctos y reportaba de manera verbal los beneficios obtenidos.

Acorde avanzaba la intervención, se le indicó a B que aplicara TREC sin necesidad de emplear los registros, esto con la finalidad de que la habilidad se comenzara a incorporar de manera natural a su repertorio.

En la sesión 13, B reportó que se comunicó de manera asertiva con una de sus hermanas que comúnmente es agresiva, y al aplicar la técnica del sándwich obtuvo una respuesta favorable. Así mismo, se observó que B comenzaba a enfocarse mayormente en la solución de los problemas que en lo emocional de la situación. Por lo que se le reconoció el esfuerzo que ha empeñado para conseguir dicho logro.

Después de esa sesión, hubo un periodo de tres semanas sin sesión, ya que en una ocasión B acompañó a su hermano al médico y ocurrió un sismo en la Ciudad de México, el cual afectó la vialidad y transporte durante unos días. Se tuvo contacto con ella por teléfono para conocer el estado en el que se encontraba, a lo que ella reportó que todo en orden. En la tercera parte de la intervención, B reportó que su calidad de sueño aumentó ya que se sentía más descansada y dormía por más horas.

En distintas sesiones se realizaron ensayos conductuales sobre la comunicación con sus hijos y hermanos, esto hasta que B se sintió satisfecha con su actuación para llevarla a cabo en un escenario real. Se le sugirió que en

momentos de tensión empleara la técnica de control de la respiración. También se realizó un listado de las personas con las que necesitaba comunicarse de manera asertiva, esto en orden de dificultad, para que a B se le facilitara aplicar dicha habilidad. Por otro lado, se observó que en ocasiones B ya utilizaba TREC por sí sola pero en otras requería apoyo para debatir sus pensamientos irracionales.

Respecto a la planeación de actividades agradables, B no presentó problemas para llevarlas a cabo. Se realizó un listado de actividades que había dejado de llevar a cabo, actividades que realizaba con poca frecuencia y que querría aumentar y actividades que nunca había hecho pero que deseaba hacerlas. B reportó de manera verbal y por medio de registros las actividades que realizaba y su satisfacción. También se observó, en la tercera parte de la intervención, que B comenzó a pedir favores a sus hermanos relacionados con los cuidados de su madre y a comunicarse de manera asertiva con sus hijos.

Así mismo, lo que B aprendió de TREC y del entrenamiento en asertividad lo conjuntó para mejorar su comunicación, y gracias a ello consiguió comunicar a sus hermanos que requería de su ayuda para continuar con el cuidado de su madre. Por lo que se puede observar, las técnicas abordadas durante la intervención ayudaron a cumplir los objetivos de ésta y además B obtuvo beneficios en otros ámbitos que no se tenían contemplados; se disminuyeron las discusiones que tenía con sus hijos, su molestia contra su hermano alcohólico se redujo, se enfocaba en resolver los problemas que se le presentaban, modificó pensamientos relacionados con su ex pareja, entre otras cosas.

Finalmente, se le explicaron técnicas que podrían ayudarle en circunstancias futuras, éstas fueron: Técnica en Solución de Problemas, un curso en línea que ofrece de manera gratuita el ISSSTE con apoyo de la FES Zaragoza acerca del cuidado de adultos mayores, estilos de crianza así como establecimiento de normas y límites.

En la misma línea, al finalizar la intervención, B reportó que después de la terapia ha entendido más a su madre y su enfermedad, se ha comunicado de manera asertiva con sus hermanos con la finalidad de encontrar soluciones y apoyo respecto a la enfermedad de su madre, así mismo, comparó su comportamiento anterior y posterior a la intervención y refirió que mejoraron las habilidades adquiridas en la terapia. También se puede observar que todos los objetivos planteados al inicio de la intervención se cumplieron.

Respecto a los instrumentos aplicados al finalizar la intervención se encontró lo siguiente:

En el Inventario de Burnout de Maslach se obtuvieron los siguientes puntajes: Despersonalización 1 punto, Cansancio Emocional 5 puntos y en Realización Personal 44 puntos, lo que se refiere a un nivel bajo de burnout en todos sus factores. En la escala de sobrecarga del cuidador – Zarit obtuvo 12 puntos, los cuales refieren ausencia de sobrecarga, mientras que en el cuestionario de afrontamiento al estrés se observó que emplea la estrategia centrada en el problema.

Se compararon dichos resultados con los de la primera aplicación, es decir, la que se realizó antes de iniciar la intervención. En dicha comparación se observan los cambios obtenidos por B. En la variable *Burnout* se observa una disminución en el factor Cansancio Emocional, su Realización personal aumentó, y la despersonalización se mantuvo en niveles bajos. Por lo que de manera general, el *Burnout* de B disminuyó. Respecto a la variable *Burden* o sobrecarga, se observa que se mantuvo en niveles de ausencia, aunque sí hubo una disminución con base en el puntaje obtenido. Y en el cuestionario de afrontamiento del estrés, B obtuvo puntajes altos en la estrategia enfocada en el problema a diferencia de los puntajes de la primera aplicación, en los que se observaron puntajes altos en la estrategia enfocada en la emoción.

Específicamente en los estilos de afrontamiento se observó que en comparación con los resultados de la primera aplicación, B utiliza más la búsqueda de apoyo social, la focalización en la solución del problema y la

reevaluación positiva. Mientras que la expresión emocional abierta y la autofocalización negativa las utiliza menos. Para mayor detalle del desarrollo de las sesiones se sugiere revisar el Anexo 1.

### **Resultados participante “A”**

Por otro lado, la participante “A” refirió que vive con su esposo de 75 años de edad y con una hija de 52 años. Su esposo es jubilado y al momento de la intervención tenía cuatro años con el diagnóstico de Alzheimer. Él asiste a un Centro de día “Alzheimer México I.A.P.” tres veces por semana, ella a terapias grupales una vez a la semana en el mismo centro y en ocasiones con una tanatóloga que la atiende de manera individual. Su hija es empleada bancaria y apoya económicamente en el hogar. La usuaria reportó que padece osteoporosis, colitis, glaucoma y tiene un quiste macular, así como dolores de cadera, rodillas y cabeza. Asimismo, A indicó que su nivel de estudios es primaria con una carrera técnica como secretaria pero no ejerció ya que siempre se dedicó al hogar. Practica la religión Testigo de Jehová. Uno de sus hijos vive en una casa que se encuentra arriba de la de ella, sin embargo, hizo hincapié en que pocas veces al mes se reúnen.

A describió que su sobrecarga se incrementa cuando su esposo se pone agresivo y eso le hace pensar en que cuando avance la enfermedad se pondrá peor. Cuando esto sucede, A se siente enojada, triste, desesperada y no tiene ganas de nada. También refirió tener coraje contra ella misma por tener que hacer tantas labores domésticas y que es muy lenta para llevarlas a cabo. Reportó que dormía 4 a 5 horas diarias, no salía a predicar su religión, sus hijos no le ayudaban con el cuidado de su esposo, sólo apoyaban económicamente. Cabe destacar que A relató que su esposo fue un hombre que la violentó psicológicamente desde que se casaron y que era muy agresivo con ella. Una variable cognitivo-cultural que se observó al entrevistar a A fue su pensamiento sobre que al ser ella la esposa “debe atenderlo y cuidarlo durante su enfermedad”, sin embargo, reportó que no quiere hacerlo. Cabe destacar que A mencionó que le ha ayudado que su esposo asista al centro de día y las terapias grupales a las que A asiste semanalmente.

Referente a los resultados obtenidos por medio de los instrumentos aplicados, A obtuvo un total de 78 puntos en la escala de *Burden*, que la ubica en el rango de sobrecarga intensa. Asimismo, en la evaluación de *Burnout* presentó en sus tres dimensiones un nivel alto. En el factor Cansancio emocional obtuvo 43 puntos, en despersonalización 23 puntos y en falta de realización personal 21 puntos.

En cuanto a los resultados obtenidos con el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), se observó que el estilo de afrontamiento que más emplea "A" es el de religión y el que nunca utiliza es el de expresión emocional abierta. A su vez, la estrategia más empleada es la enfocada en la emoción.

Con base en dichos resultados se aplicaron distintas técnicas de la terapia cognitivo – conductual, las cuales fueron: Técnica en Solución de Problemas, Establecimiento de objetivos, planificación de actividades y administración de tiempo, Entrenamiento en Habilidades Sociales, Terapia Racional Emotivo Conductual y Activación conductual.

Por otro lado, debido a la información obtenida por medio de la evaluación dirigida a la usuaria A, se plantearon los siguientes objetivos: A organizará sus actividades por día, de acuerdo al tiempo disponible, A aumentará sus horas de sueño, mínimo 7, ya que son las saludables, A modificará su percepción respecto a su labor de cuidar a su esposo, A realizará actividades gratificantes planeadas con anterioridad, aumentándolas paulatinamente, A aprenderá a comunicarse de manera asertiva con conocidos, amigos y familiares, A planteará distintas soluciones a su problemática actual y tomará una decisión. La intervención tuvo una duración de 16 sesiones. En la 5ª sesión se ausentó 21 días, es decir, 3 sesiones ya que se fue de vacaciones, un mes y medio después se ausentó 6 sesiones continuas ya que ella, su hermano o su esposo tenían citas médicas y porque ocurrió un sismo en la Ciudad de México que afectó la vialidad y el transporte. Así mismo en el mes de noviembre tuvo 2 faltas intermitentes por fechas festivas y una cita médica.

Al inicio de la intervención se planteó el siguiente problema: Dormir de 3 a 5 horas todas las noches, con el objetivo de encontrar una solución por medio de la técnica solución de problemas. Se tomaron dos sesiones para obtener una solución, sin embargo, para llevarla a cabo se requirió enseñarle a A como comunicarse de manera asertiva en sesiones posteriores. Se emplearon ensayos conductuales para que A desarrollara dicha habilidad. A la par se le enseñó a administrar su tiempo y sus actividades, de manera que no interfirieran con sus horas de sueño, sin embargo no se obtuvieron los resultados esperados, ya que A no cumplía con las tareas y se negó a planear las actividades con anticipación.

Respecto a la comunicación asertiva, A refería en ocasiones que sí aplicaba la técnica pero en otras decía que se le dificultaba se comunicaba de manera agresiva.

En la 5ª sesión, cuando A regresó de vacaciones, refirió una situación que no se tenía contemplada al inicio de la intervención. Dijo que en su estancia en Monterrey había observado comportamientos desagradables para ella por parte de su hija y de su yerno. Por lo que se encontraba en un conflicto por no saber cómo hablar con su hija de manera que no se sintiera agredida. Además, observó que su yerno actuaba de manera extraña con sus hijas, por lo que A sospechaba de un posible abuso sexual. Se le señaló que la comunicación asertiva sería necesaria en ese caso y que se continuaría ensayando para que A perfeccionara dicha habilidad.

En sesiones posteriores se continuó ensayando la comunicación asertiva, enfocada en situaciones con su hija y con las señoras que le ayudaban con las labores domésticas. Mientras tanto, también se le enseñó TREC. A no tuvo dificultad en identificar ideas irracionales, sin embargo, en ninguna sesión presentó las tareas que se le solicitaban relacionadas a ésta técnica. Por lo que se procedió a identificar ideas irracionales durante la sesión y a debatirlas.

A la mitad de la intervención hubo una ausencia de 6 semanas, mencionado anteriormente, sin embargo, en una ocasión A llamó por teléfono y comunicó que hablaría con sus hijos de manera asertiva para solicitarles apoyo para cuidar de su esposo un fin de semana al mes a cada hijo.

Posterior a esas 6 semanas de ausencia, A comentó que días anteriores durante la terapia de grupo se le subió mucho la presión arterial y le dio un calambre en la pierna. En la asociación a la que asiste al grupo de apoyo, intentaron establecer su presión arterial por medio de acupuntura, sin embargo, no obtuvieron resultados favorables por lo que llamaron a su hija para que la llevara al hospital, donde pudieron establecer su presión.

Debido a ese evento, A tomó la decisión de institucionalizar a su esposo, ya que la sobrecarga que le genera esa labor le está afectando su salud. Además sus hijos no le ayudaron a cuidar a su esposo como ella se los solicitó. Aunado a lo anterior A refiere que su esposo había estado presentando en los últimos días problemas de incontinencia urinaria, sobre todo en las noches, por lo que había interrumpido su sueño de manera constante.

En la misma línea A reportaba que su hija (con la que vive) sí le ha ayudado con las labores domésticas que le originaban dormirse más tarde, esto a raíz de que A habló con ella. Por lo que duerme de 30 a 60 minutos más que antes.

Por otro lado, se realizó de nuevo TSP para que A tomará una decisión sobre si institucionalizar a su esposo o no, y en donde hacerlo. Por lo que durante tres sesiones se destacaron los pros y contras de cada opción. En conclusión A tomó la decisión de institucionalizarlo en un asilo donde su esposo podría estar las 24 horas del día los 7 días a la semana, y que en cuanto a lo económico era accesible aunque sus instalaciones no le agradaban. A la par, se le enseñó a identificar sus ideas irracionales, ya que aún se le dificultaba, por lo que se procedió a realizarlo durante las sesiones junto con el debate a cada idea. Al respecto, en ocasiones A se resistía a

modificar sus pensamientos a pesar de que sus ideas irracionales no tenían lógica, ni evidencia y que tampoco le funcionaban.

En las últimas tres sesiones se le enseñó en qué consistía la técnica de activación conductual, y se planearon actividades agradables que querría realizar. Sin embargo, no realizaba todas las que se planeaban durante la sesión pero las que realizó le resultaron muy satisfactorias. Por ejemplo, actividades de bisutería y desayunar con sus amigas. También se le sugirió que utilizara la técnica de control de la respiración, que previamente ya conocía, en momentos de estrés y enojo.

Finalmente, se retomó el tema planteado semanas atrás, sobre su hija y su yerno. A se encontraba más tranquila al respecto, y se le sugirió comunicarse de manera asertiva, por lo que se realizaron ensayos conductuales específicos sobre dicha situación. Y se le indicó que asistiera al médico ya que continuaba con síntomas de presión alta y un moretón en la frente. Se le dieron recomendaciones sobre los temas revisados durante la intervención y se le ayudó a planear actividades agradables que podría realizar cuando su esposo ya estuviera internado.

Referente a los objetivos planteados al inicio de la intervención, se puede observar que no se cumplieron todos. El objetivo que refería que A organizará sus actividades por día, de acuerdo al tiempo disponible se llevó a cabo algunos días. A no estuvo de acuerdo en continuar planeando sus actividades, aunque se observó una disminución de tareas cuando tomó la decisión de pedirle ayuda a su hija y contratar a otra señora que le apoyara con las actividades del hogar.

El objetivo dirigido a que A aumentará sus horas de sueño, mínimo 7, ya que son las saludables tampoco se cumplió al 100%, ya que en ocasiones dormía menos horas o de manera interrumpida por los cuidados que su esposo requería por las noches. Respecto al objetivo que implicaba que A modificara las ideas irracionales respecto a su labor de cuidar a su esposo se cumplió en cierta medida, ya que A decidió institucionalizarlo, sin embargo, algunas ideas

irracionalidades relacionadas con su matrimonio no quiso cambiarlas a pesar de que se percató que no le favorecían y que no tenían suficiente evidencia para pensar de esa manera.

Sobre el objetivo: A realizará actividades gratificantes planeadas con anterioridad, aumentándolas paulatinamente, sí se cumplió. Referente al objetivo de aprender a comunicarse de manera asertiva con conocidos, amigos y familiares se cumplió en cierto grado, ya que A reportaba que en algunas ocasiones no se comunicaba de manera asertiva sino que de forma pasiva o agresiva. Y finalmente el objetivo enfocado a plantear distintas soluciones a su problemática actual y a tomar una decisión, sí se cumplió ya que A tomó decisiones basándose en el procedimiento de la técnica en solución de problemas.

Respecto a los instrumentos aplicados al finalizar la intervención se encontró lo siguiente: En el Inventario de Burnout de Maslach se obtuvieron los siguientes puntajes: Despersonalización 22 puntos, Cansancio Emocional 46 puntos y en falta de Realización Personal 36 puntos, lo que se refiere a un nivel alto de burnout en los dos primeros factores mencionados y en cuanto a la falta de realización personal refiere un nivel bajo de burnout.

Por otra parte, en la escala de sobrecarga del cuidador – Zarit obtuvo 77 puntos, los cuales refieren sobrecarga intensa, mientras que en el cuestionario de afrontamiento al estrés se observó que A emplea en una frecuencia media la mayoría de los estilos de afrontamiento los cuales son: Búsqueda de apoyo social, focalización en la solución del problema, evitación, autofocalización negativa y reevaluación positiva, en cuanto a la expresión emocional abierta los puntajes muestran que es un estilo que utiliza en baja frecuencia y la religión es el estilo al que recurre con mayor frecuencia.

De igual forma se compararon los resultados antes mencionados con los de la aplicación que se realizó antes de iniciar la intervención. En dicha comparación se observan los cambios obtenidos por A. En la variable *Burnout* se observa una disminución de 15 puntos en el factor falta de realización

personal, sin embargo, Cansancio Emocional aumentó 3 puntos y despersonalización únicamente bajo uno. Por lo que de manera general, el *Burnout* de A no tuvo una disminución considerable. Respecto a la variable *Burden* o sobrecarga, se observa que se mantuvo en niveles de sobrecarga intensa.

En el cuestionario de afrontamiento del estrés, A obtuvo puntajes altos en el estilo “Búsqueda de apoyo emocional” a diferencia de los puntos obtenidos en la primera aplicación, pasando de un empleo de frecuencia baja a uno de frecuencia media. Otro estilo que tuvo el mismo cambio de frecuencia fue el de “Focalización en la solución del problema”, “Evitación” y “Reevaluación positiva”. Y se observó que “Religión” fue un estilo que en la primera aplicación reportó que la utilizaba en frecuencia media y en la última como frecuencia alta. La “Expresión emocional abierta” se mantuvo en empleo de frecuencia baja. Para mayor detalle del desarrollo de las sesiones se sugiere revisar el Anexo 2.

## CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

En México, los cuidadores informales son una población poco estudiada y reconocida, a diferencia de países como España o Estados Unidos en los que ya se ha indagado e implementado leyes e intervenciones a este tipo de población. Sin embargo, los resultados que se reportan en la presente investigación aportan datos que podrían ayudar a continuar con el estudio de dicha población.

El objetivo de la presente investigación fue intervenir bajo el modelo cognitivo-conductual con el propósito de disminuir *burnout* y *burden* en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer, el cual se cumplió con la participante B, ya que como vimos anteriormente una de ellas disminuyó los puntajes de dichas variables y reportó mejorías a nivel cualitativo. Sin embargo, por las explicaciones referidas en el capítulo anterior, el objetivo no se cumplió con la participante A.

Al inicio del proyecto se planeó realizar una intervención de 8 sesiones basada en lo que Crespo y López (2007) plantean, sin embargo, por las condiciones de cada usuaria se duplicó dicha cifra.

Coincidiendo con Labrador (2007), la usuaria que dedicaba más tiempo a los cuidados de la persona dependiente era la que mayor *Burden* y *Burnout* presentaba. Y confirmando lo que Nieto (2002) menciona, las cuidadoras informales que participaron en esta investigación eran familiares cercanas del paciente. Ambas participantes cumplían con los criterios que Crespo y López (2007), Labrador (2007), La clínica mayo (2002), Centeno (2004), Ramos (2008), Ramos y Figueroa (2011), Fernández et al. (2011), Lerin (2013) y De la Cuesta (2004) plantean en sus definiciones de cuidador informal, por ejemplo, ser un familiar cercano que dedique tiempo al cuidado de una persona dependiente, en distintos ámbitos, y sin remuneración económica.

Cabe señalar que Ramos y Jarillo (2014), agregaron que comúnmente son mujeres las que se encargan de ésta labor, y en efecto, se observó en la asociación civil que en el grupo terapéutico todas las asistentes eran mujeres.

De igual forma, las participantes no tenían un horario específico de descanso, muchas veces no podían compartir su responsabilidad con otros y no contaban con formación para realizar la tarea del cuidado, justo como De la Cuesta (2004) indica.

De acuerdo con las etapas que un cuidador atraviesa según Seltzer y Li (2000), ambas cuidadoras se encontraban en la de promulgación o actuación. Y de acuerdo con las hipótesis que Crespo y Labrador (2007) apuntan, la usuaria B se encontraba en la adaptación, ya que en un principio tuvo dificultades pero conforme avanzó la intervención ésta aprendió a adaptarse a la situación gracias a la experiencia adquirida. Mientras que la usuaria A experimentó un deterioro progresivo relacionado con el paso del tiempo y el efecto del estrés acumulado, así como con el proceso degenerativo que su esposo padecía.

En la misma línea, las participantes llevaban más de dos años a cargo de sus familiares, por lo que los ámbitos como la familia, trabajo, relaciones sociales, salud, ocio, etcétera, se veían afectados, incluso las conductas disruptivas del enfermo y el abordaje de nuevas tareas relacionadas con la enfermedad también eran factores que afectaban esos ámbitos, como lo comentaron Crespo y López (2007) y Stefani, Seidman, Pano y Acrich (2003).

En el caso de las participantes, se difiere con lo que también mencionaron Crespo y López (2007), sobre que los cuidadores se ven en la necesidad de abandonar sus empleos, ya que la participante A no trabajaba anteriormente y la usuaria B continuaba trabajando, esto gracias a que su hermana la apoyaba con los cuidados mientras ella no se encontraba.

Sobre las estrategias de afrontamiento, se observó que ambas participantes utilizaban en un principio la estrategia centrada en la emoción y

mostraban deficiencias en su salud, corroborando lo que Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol (2012) encontraron en su investigación.

En el caso de ambas participantes, los factores que Muela, Torres y Peláez (2002) señalan como capaces de generar estrés en el cuidador informal fueron: el tipo de enfermedad y la duración de ésta, la incertidumbre sobre la evolución y tiempo que se prolongará la enfermedad, el grado de dependencia del enfermo, y específicamente en el caso de A, mientras se desarrolló la intervención su esposo aumentó el grado de dependencia, ya que tenía mayor pérdida de memoria y habilidades, el estado de salud de A también era otro factor, debido a que al iniciar la intervención padecía osteoporosis, colitis, glaucoma, un quiste macular, así como dolores de cadera, rodillas y cabeza, y al final de la intervención reportaba hipertensión también. Asimismo, sus redes de apoyo eran escasas. Lo que también se asocia con su mínimo avance en la intervención. En cuanto al caso de B, su estado de salud no era deficiente aunque tampoco el ideal y contaba con redes de apoyo, aunque no de la forma en que ella deseaba, esto se vincula con el avance que tuvo en la intervención, lo que coincide con lo planteado por Ramos et al. (2008).

Por otro lado, la usuaria B comentaba que sentía satisfacción por cuidar a su madre, incluso en el factor del *burnout*: falta de realización personal salió baja en las dos mediciones que se le realizaron, sin embargo, la usuaria A desde la primera evaluación comentaba que no quería ser la cuidadora principal de su esposo, de acuerdo a lo que Ramos y Figueroa (2011) señalan, A únicamente percibía consecuencias negativas del cuidado y B percibía tanto las positivas como las negativas.

Justo como lo mencionan García-Calvente, Mateo y Moroto (2004), ambas usuarias no tenían tiempo para desarrollar su vida social, tenían pocas posibilidades de salir y relacionarse con otras personas e incluso de recibir o hacer visitas, poco tiempo para actividades propias y relacionadas con el cuidado de su salud, etc.

De acuerdo con lo que Losada et al. (2015) mencionan, ambas participantes al cuidar a una persona mayor con demencia son testigos de las limitaciones y debilidades que cada vez incapacitan más a su familiar. Lo que en estos casos particulares les generaron pensamientos irracionales y emociones desagradables como la ira, tristeza, irritación, etc.

Por otro lado, A mencionó que la decisión de convertirse en cuidadora de su esposo fue impuesta por las circunstancias y por ser ella la esposa “no tenía de otra”, concordando con lo que Peinado y Garcés (1998) refieren sobre que los cuidadores también son víctimas de la enfermedad. De acuerdo con Rogero (2010) y Carretero et al. (2006) afirman que esto también influye sobre la percepción de carga. En la misma línea, B reportó que ella sí tomó la decisión, incluso una de sus hermanas era la cuidadora antes que ella pero B decidió tomar las riendas del cuidado, por lo que pudo ser un factor que influyera en las circunstancias del rol como cuidadora de cada una.

Por lo observado durante la intervención dedicada a la usuaria A, el bajo apoyo familiar, el clima familiar negativo, la dedicación absoluta, la falta de recompensas, las exigencias de la situación, la interacción del cuidador con el enfermo por las fricciones y conflictos, el uso de estrategias de afrontamiento poco funcionales para hacer frente a la situación, así como la nula satisfacción de la labor realizada favorecieron la aparición del síndrome de *Burnout*, por lo que se está de acuerdo con los factores de predisposición que Peinado y Garcés (1998) refieren de dicho síndrome.

Uno de los instrumentos utilizados en la presente investigación fue el Maslach Burnout Inventory, que es uno de los más utilizados para medir esta variable (Martínez, 2010) de acuerdo a este instrumento, la usuaria A cumplía con las características planteadas por Maslach y Jackson en 1981; es decir, cansancio emocional, despersonalización en el trato con usuarios, y dificultad en la realización personal. En cambio, la usuaria B mostró algunas de esas características; baja realización personal y un nivel medio de cansancio emocional, las cuales coinciden con la descripción que proporcionó en la entrevista. Así mismo, concordó con algunos factores de predisposición que

Peinado y Garcés (1998) refieren, como la carencia de percepción de que su trabajo estaba bien realizado y expectativas personales no cumplidas como ver mejoría en su madre.

La definición que Zarit y sus colaboradores plantearon en 1980 es un tanto ambigua, para fines de ésta discusión se empleará la que Crespo y López (2007) proponen. En el caso de la usuaria A, la sobrecarga objetiva se observó cuando realizó un listado de tareas en el que se mezclaba su labor como ama de casa y como cuidadora, ésta usuaria se veía frecuentemente desbordada ya que refería que se encontraba muy cansada, somnolienta y que en los últimos meses era más lenta de lo normal al realizar sus labores, lo que se relaciona con la carga subjetiva. Mientras que la usuaria B, no reportó problemas de este tipo, ni en la entrevista ni en la evaluación con el instrumento sobrecarga del cuidador – Zarit.

Un factor que Centeno (2004) así como Carretero et al. (2006) puntualizan y que se relaciona a la problemática que la usuaria A presentaba era la calidad de la relación con el enfermo y como era ésta anteriormente. Esta usuaria mencionó en repetidas ocasiones que su esposo había sido un hombre agresivo y autoritario con ella, por lo que su sobrecarga aumentaba con éste factor, como lo mencionan dichos autores. Aunado a esto, la poca información y formación que A había recibido para cuidar a su esposo y los síntomas que la demencia iba presentando, similares a cómo se comportaba antes, así como el poco apoyo percibido por parte de sus hijos.

En relación a la usuaria B, ésta no reportó características referidas a la sobrecarga del cuidador, y en la evaluación con el instrumento tampoco, por lo que en este caso se difiere con lo mencionado por Carretero et al. (2006) y Rogero (2010) sobre que los cuidadores con un empleo además de su labor como cuidador, tienden a percibir mayor carga.

La usuaria A en diferentes momentos mencionó factores que Lerin (2013) recalca sobre las variables relacionadas a la enfermedad de Alzheimer que condicionan el riesgo de padecer sobrecarga en el cuidador las cuales son:

la intensidad de la demencia, ya que su esposo se encontraba en fases intermedias; la duración de la enfermedad, debido a que su esposo tenía 4 años diagnosticado; las conductas problema, porque A refería que su esposo se orinaba en la cama o ensuciaba el baño con heces fecales, era grosero con algunas personas en el centro de día al que asistía, entre otras cosas. Así también, los cambios repentinos de humor en su esposo eran frecuentes y A los percibía como personales y no como parte de la enfermedad, lo que la hacía enfurecer con frecuencia. De igual manera la incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad, y el hecho de hallar o no una institución adecuada para ayudar en el cuidado, son algunos de los factores que la aquejaban constantemente.

Otra característica en la que coincidían ambas participantes era la dificultad para comunicarse de manera asertiva. Muela, Torres y Peláez (2001), refieren que las personas que no tienen la habilidad de comunicarse de manera asertiva en situaciones que lo demandan, experimentan una mayor carga subjetiva o percibida al cuidar del paciente. A pesar de esto, la usuaria B no padecía de sobrecarga o *burden*, mientras que la participante A sí, además de que ella sí admitía las limitaciones personales que tenía para ejercer su labor como cuidadora, sin embargo, los autores coinciden en decir que las personas que tienen dificultades para expresar sentimientos positivos y negativos tienen mayor sobrecarga como en el caso de A.

Relacionado al caso de B, se observó que era una cuidadora capaz de adaptarse de forma efectiva a las circunstancias desbordantes, de acuerdo con lo mencionado por Zarit y Pearlin sobre las diferencias individuales entre cuidadores (Carretero et al., 2006).

Por otro lado, de acuerdo con lo reportado por Del Valle-Alonso et al. (2015), a mayor horas dedicadas al cuidado, mayor grado de padecer *burden* y *burnout*, esto es otro punto en el que los casos de ambas cuidadoras concuerdan con lo señalado, ya que A dedicaba mayor cantidad de tiempo al cuidado que B y A era la que tenía mayor nivel de *burden* y *burnout*.

Debido a que el instrumento de sobrecarga Escala Zarit no ayuda a identificar en qué áreas concretas requiere de ayuda el cuidador y limita el diseño de una intervención, como lo mencionan Hernández y Ehrenzweig (2008) y Crespo y Rivas (2015) se requirió hacer una evaluación por medio de una entrevista a ambas cuidadoras.

Previo a la intervención, se encontró que ambas usuarias utilizaban estrategias enfocadas en la emoción y de acuerdo con lo que Lazarus y Folkman (1986) mencionaban al respecto, eso hacía referencia a que consideraban que no se podía hacer nada para modificar las condiciones amenazantes del entorno. De esta manera, se optó por enseñarles técnicas que pudieran ayudarlas a enfocarse en el problema, debido a que éste tipo de estrategias son más funcionales cuando las condiciones son capaces de tener algún cambio, como en el caso de ambas usuarias, tal como lo afirman Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol (2012), específicamente en este tipo de población.

En la misma línea, las técnicas empleadas en la intervención fueron justamente dirigidas al problema, por ejemplo, en la intervención dirigida a la usuaria A se empleó la Técnica en Solución de Problemas, la cual está conformada por los modos de afrontamiento que Lazarus y Folkman (1986) así como Buendía y Mira (1993) proponen, los cuales son: la definición del problema, búsqueda de soluciones, evaluación de dichas soluciones con base en costo y beneficio para posteriormente elegir una y aplicarla.

De igual forma, a ambas usuarias se les enseñaron técnicas relacionadas con el desarrollo de recursos con los que pudieran contar para afrontar de manera más funcional la situación de cuidado por sus efectos en una situación determinada y a largo plazo. Por ejemplo, las que de acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), Buendía y Mira (1993) y Navarro y Arévalo (2000) preceden e influyen en el afrontamiento son los físicos como la salud y energía, psicológicos como las creencias positivas, aptitudes como las habilidades sociales, resolución de problemas e identificación de recursos sociales y materiales.

Con la usuaria B se realizó una confrontación con la situación real de su madre, ya que en ocasiones mencionaba “no puedo aceptar la enfermedad de mi madre”, por lo que en este caso, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), se empleó la estrategia centrada en la emoción, con el objetivo de que la usuaria aceptara las situaciones que no tienen forma de cambiarse, en este caso la enfermedad de Alzheimer que padece su madre.

Agregando a lo anterior, el objetivo de la intervención fue reducir el burnout y el burden enseñando a las participantes a emplear la estrategia centrada en el problema se relaciona con lo que Montoya y Moreno (2012) señalan sobre el supuesto que Gil-Monte y Peiró mencionaron en 1997, sobre que las estrategias centradas en el problema dificultan la aparición del burnout. Aunado a esto, se confirma lo que estos autores nombraron acerca de las estrategias enfocadas en la emoción facilitan la aparición del burnout.

Por otro lado, un factor a considerar con la usuaria A es su religión, ya que expresaba de manera verbal algunas creencias que en ésta le inculcaban y que de alguna manera limitaba el afrontamiento de su situación, esto es a lo que Lazarus y Folkman (1986) llaman coactores. En repetidas ocasiones A mencionaba que al ser ella esposa de un hombre enfermo debía cuidar de él hasta que uno de ellos muriera porque así lo manda Dios, y que además las personas de su congregación le decían que estaba actuando mal al considerar enviar a su esposo a un asilo. Esto se observó en distintas sesiones, por lo que se empleó TREC para que A modificara dichos pensamientos absolutistas y los sustituyera por unos más funcionales y flexibles acordes al contexto. Sin embargo, se observó cierta dificultad para que A realizara estos cambios de pensamiento, concordando con lo que Losada et al. (2015) opinaron sobre lo complicado que resulta que los cuidadores hagan esto, ya que esos pensamientos aparecen frecuentemente y son difíciles de controlar y que en ocasiones los cuidadores tienen dificultad por despegarse de su labor o tienen altos niveles de culpabilidad.

En relación a lo que Stefani et al. (2003) mencionan, se encontró una discrepancia ya que la usuaria B siendo hija de la persona con la enfermedad

crónica sí presentaba pensamientos de culpa relacionados con el fracaso e impotencia de no poder aportar mejoría a la salud de su madre. Aunque en concordancia con los autores, la misma usuaria presentaba sentimientos de preocupación y malestar, así como alteraciones en el ritmo de la vida familiar.

De igual forma, en la intervención con ambas usuarias se buscó que desarrollaran recursos de afrontamiento y búsqueda de apoyo social, para atenuar los niveles de estrés con el objetivo de disminuir sus consecuencias dañinas para la salud, tal como lo aseguran Lazarus y Folkman (1986) y Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol (2012).

Otra discrepancia encontrada fue lo que Ornelas (2014) mencionó sobre que a mayor empleo de la religión menor es la carga percibida, ya que con la usuaria A se encontró que era el estilo de afrontamiento más empleado y su carga era intensa. Sin embargo, con lo que si se concuerda con dicho autor es que a mayor carga, más secuelas en la relación cuidador-paciente, ya que ambas participantes refirieron tener cierto grado de repercusión en la relación con su paciente. En el caso de la usuaria B con un grado de sobrecarga menor, la secuela era leve.

Referente a los estilos de afrontamiento, como ya se ha dicho, en ambas participantes se encontró en un principio que utilizaban estilos relacionados con la estrategia enfocada en la emoción, a diferencia de lo que Tartaglioni et al. (2010) encontró en su estudio, acerca de que los cuidadores informales de personas con demencia emplean estilos de afrontamiento centrados en el problema.

Se observó que los avances obtenidos con la usuaria A fueron pequeños, y que no se cumplieron todos los objetivos planteados en un principio. Con la usuaria B se encontró que tuvo dificultades para aplicar las técnicas que aprendía durante la intervención y además ésta se alargó más de lo que se tenía contemplado. Coincidiendo con lo que plantean Losada et al. (2007) así como Crespo y López (2007), respecto a la evidencia que indica que es difícil hallar resultados positivos en este tipo de población, es decir,

cuidadores informales de enfermos con demencia, además de que el efecto de las intervenciones es pequeña y que se disminuye en fases de seguimiento, dado que cuidar es un estresor crónico cuya presencia se mantiene a lo largo de la intervención y después de ésta, lo que dificulta modificar dicho malestar. Aunado a esto Crespo y López (2007) agregan que probablemente es un logro conseguir que el malestar emocional del cuidador no aumente, como en el caso de la usuaria A de la presente investigación.

A pesar de que B tuvo dificultades para aplicar lo aprendido en terapia a su contexto natural, sí se observaron cambios notorios y se cumplieron todos los objetivos planteados en un principio. Concordando con lo reportado por Losada et al. (2007), acerca de que las intervenciones psicoterapéuticas basadas en el modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) es una de las que aportan mayores beneficios, estos autores hicieron hincapié en que sólo sucede cuando existe una participación activa por parte de los cuidadores, que fue lo que hizo la usuaria B. Aunque con la usuaria A no resultó viable, ya que en pocas ocasiones hizo las tareas solicitadas, es decir, no tuvo una participación activa y por ende los cambios fueron menores.

Para realizar esta intervención se basó en lo que distintos autores señalaron en sus respectivas investigaciones. Peinado y Garcés (1998), Losada et al. (2007), Crespo y López (2007) con su programa de intervención llamado *Cómo mantener su bienestar*, Martínez (2010) así como Reyes y González-Celis (2016), proponen intervenciones en las que emplearon la modificación de pensamientos disfuncionales, control de la respiración, la planeación de actividades placenteras por parte de los cuidadores, detención del pensamiento, inoculación al estrés, se les enseñaron sus derechos, asertividad, así como entrenamiento en solución de problemas, como las que se emplearon en ambas intervenciones de la presente investigación. Sin embargo, reconsiderando los resultados con la intervención de la usuaria A se puede pensar que técnicas como la de detención del pensamiento o terapia cognitiva de Beck podrían dar resultados positivos debido a las características

de la usuaria. Se siguiere que en otras intervenciones se tomen en cuenta ésta y otras técnicas para lograr los objetivos.

A diferencia de la propuesta de Crespo y López (2007) sobre la duración de la intervención individual que va entre 8 y 10 semanas, en la presente investigación se realizaron intervenciones de 25 y 19 sesiones cada una. A pesar de que dichos autores junto con Cerquera y Pabón (2014) afirmaron que intervenciones mayores de 10 sesiones aumentaban el riesgo a desertar.

Sobre lo que Crespo y López (2007) mencionan acerca del apoyo formal y cómo las instituciones de respiro, asilos, centros de día, etc. ayudan a que los cuidadores tengan tiempo para ellos mismos, se encontró en la búsqueda de usuarios para la presente investigación, que en la Ciudad de México existen pocas instituciones, ya sean particulares o públicas, en dónde reciban personas con demencia de tipo Alzheimer y mucho menos en dónde se atiendan cuidadores informales. Sólo existen unos cuantos centros de día, y en ellos se tiene que pagar una cuota que varía, por lo que no cualquier sector de la población tiene acceso a estos centros, esto es otro factor que afecta a ésta población.

En dichos centros de día y grupos de apoyo, como a los que asistía la usuaria A, comúnmente se les dan programas educativos en los que se abordan temas sobre la enfermedad del paciente a cuidar, las consecuencias de ésta, como tratar los problemas asociados a su cuidado, posibles soluciones así como estrategias y recursos para afrontarlos, sin embargo, como dicen Crespo y López (2007) el conocer sobre estas condiciones o ayuda a que el cuidador sienta menor malestar emocional, incluso en ocasiones lo incrementa al darles información de condiciones futuras. Aunque se observó que la usuaria A tenía más información de la enfermedad que la usuaria B, y se identificó que el hecho de asistir al grupo de apoyo favorecía que A estuviera bien informada al respecto. Y como menciona Colom (2011), la psicoeducación no alivia el padecimiento, pero sí ayuda a disminuir la incomprensión, el reproche, la culpa y la indefensión aprendida, vinculados con dicho padecimiento.

Por otro lado Crespo y López (2007) refieren que en diversas intervenciones que realizaron a cuidadores se encontraron con que el número de rechazos y abandonos de los programas de intervención eran elevados, esto asociado a la escasa disponibilidad de tiempo que tienen los cuidadores y que les es complicado dejar a la persona enferma con alguien más. Igualmente observaron que existe la idea de que el tratamiento va a resultar una carga adicional en lugar de ayuda, y en ocasiones abandonan la intervención cuando fallece el ser querido o lo institucionalizan, así como por problemas de salud de alguna de las dos partes, y/o por la dificultad de asistir a las sesiones. Durante el desarrollo de la presente investigación se observaron estos factores, por ejemplo, la usuaria U abandonó la intervención cuando institucionalizó a su madre, las faltas recurrentes de la usuaria A por motivos de salud de su esposo, de ella o familiares cercanos así como la falta de tareas por su parte, y de la usuaria B aunque fueron menores, también se le dificultaba la organización de tiempo para realizar tareas o asistir a las terapias.

En la intervención de ambas usuarias se empleó la técnica propuesta por Crespo y López (2007) llamada programación de actividades gratificantes, ya que como dichos autores aseguran, se observó que realizar actividades agradables mejora el estado de ánimo, además fue una de las técnicas que mejor llevaron a cabo las usuarias debido a que la realización de ésta técnica fue agradable, lo que se explicaría como reforzador inmediato y que ayudó a mantener las actividades.

En la intervención que se hizo con la usuaria A, se empleó la técnica solución de problemas en diversas ocasiones, con la finalidad de que identificara y descubriera soluciones a los problemas específicos que se le presentaban en su vida en ese momento, y a su vez se combinó con otras técnicas necesarias para que no se obstaculizara el proceso de solución de problemas, como menciona Becoña (2008). Con la usuaria B no se empleó dicha técnica ya que en sí durante la intervención no presentó algún problema en el que tuviera que tomar alguna decisión o darle solución, sin embargo, al

final se le dio una breve explicación de cómo podría llevarla a cabo en caso de que fuera necesario.

Dado que una respiración lenta, regular y con volúmenes elevados de aire en cada inspiración facilita una correcta oxigenación, un menor trabajo cardiovascular y una reducción de la activación general del organismo, se procedió a aplicarla en la presente investigación con la usuaria B, para que ésta pudiera controlar de manera voluntaria su respiración en todo tipo de situaciones, esto de acuerdo con Labrador (2008). También se observó que A ya sabía llevarla a cabo pero rara vez la utilizaba en situaciones de tensión a pesar de que se le solicitó que así lo hiciera.

Los resultados de la aplicación de TREC con la usuaria B y A confirman lo que Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) mencionan de la propuesta de Albert Ellis acerca de que el cambio de creencias irracionales conduce a un cambio emocional y conductual. Y que las creencias irracionales generan emociones negativas perturbadoras que interfieren en la obtención de metas y propósitos que proporcionan felicidad. A diferencia de que con la usuaria B al llevar a cabo los pasos propuestos por estos autores sí hubo cambios y con la usuaria A no.

En esta investigación, no se abordó la variable autoeficacia, sin embargo se encontraron diversas dificultades que posiblemente podrían ser resueltas mejorando ésta, por ejemplo la realización personal que está relacionada con burnout. En relación a esto, autores como Peinado y Garcés (1998), Navarro y Arévalo (2000), Muela, Torres y Peláez (2002), Crespo y López (2007) así como Cerquera y Pabón (2014) coinciden en asegurar que las intervenciones bajo el modelo cognitivo-conductual tienen mayores efectos cuando hay un cambio en la percepción de autoeficacia.

Se tuvo en un inicio a una tercera usuaria, denominada para fines de este trabajo como "U". Al respecto, ella solicitó el servicio dentro de la asociación civil en la que se obtuvo el permiso para trabajar con A. Al momento de evaluarla, U obtuvo una puntuación alta en las tres dimensiones que componen el Burnout y una sobrecarga intensa con 79 puntos. Por lo que se

decidió ofrecerle la atención como parte de ésta investigación. Se hizo una evaluación por medio de una entrevista y con el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés. En dicho cuestionario, las respuestas de “U” mostraron que el estilo de afrontamiento que más empleaba era “expresión emocional abierta”, con una puntuación de 18 y el que menos utilizaba era “religión”. Además, la estrategia más empleada fue la enfocada en la emoción.

Posteriormente se comenzaron las sesiones de intervención, sin embargo, “U” asistía de manera intermitente, no hacía tareas o llegaba con retraso constantemente. En total asistió a 6 sesiones y la responsable de la intervención le recalco la importancia de su colaboración para generar cambios positivos en su problemática, pero conforme avanzaron las sesiones dejó de asistir sin previo aviso. Se le contactó y mencionó que había conseguido internar a su madre en un asilo de 24 horas por lo que ya no necesitaba la terapia.

A partir de las intervenciones que se encontraron en la revisión documental, y de las aquí reportadas se puede concluir lo siguiente. Como primer punto se destaca la evidencia de los cambios que se obtienen por medio del uso de las técnicas del modelo cognitivo-conductual, que se enfoca en el desarrollo de habilidades y modificación de los pensamientos o conductas problema. Dichos cambios fueron formulados en función de lo que cada usuario plantea como meta, por lo que son considerados como cambios deseables en su situación.

Las limitaciones que se pueden observar en los cambios obtenidos por las usuarias, se pueden explicar por diversos factores, uno de ellos puede referirse a que las características culturales de la población como las costumbres y creencias profundamente arraigadas se contraponen con los objetivos de las técnicas y dificultan que la persona reconsidere la modificación de sus valoraciones o comportamientos. Sería importante considerar dentro de las intervenciones que se realicen a partir este modelo, el desarrollo y uso de otras técnicas que estén más acordes a la población objetivo. Otras

limitaciones se explican tomando en cuenta la falta de apego por parte de los usuarios a la intervención y la realización de tareas.

Es importante que se continúen realizando éste tipo de intervenciones ya que los cuidadores informales son una población vulnerable y con el aumento de las enfermedades crónicas ésta también aumentará. Así mismo, es relevante que se generen dichos estudios, especialmente a los cuidadores informales, por ser una población que no se toma en cuenta. Así como se diseñó la intervención aquí reportada a partir de las que se mencionaron de otros autores, sería elemental que se diseñen y reporten más para que se sumen a una mejor comprensión del problema que los cuidadores atraviesan y de cómo desde la psicología, una profesión en el campo de la salud, se puede atender.

## REFERENCIAS:

- Acosta, D. et. al. (2012) *La enfermedad de Alzheimer, diagnóstico y tratamiento: una perspectiva latinoamericana*. México: Editorial médica panamericana.
- Albarrán, A & Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en salud*, 9 (2), 118-124.
- Aldana, G. & Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa psicológica UST*, 9 (1), 5-14.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Mental Hospital Service.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual*. (2 ed.) Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual*. (3 ed.) Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Arón, A.M. & Llanos, M.T. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 20 (2), 5-15.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4 ed.) España: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5 ed.) España: Arlington.
- Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares (1999) *La enfermedad de Alzheimer. Recomendaciones para un cuidado de calidad*. Recuperado de:

[http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/la\\_enfermedad\\_de\\_alzheimer.pdf](http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/la_enfermedad_de_alzheimer.pdf)

- Barcelata, B.E. (2008). El cuidado informal de enfermedades crónico-degenerativas y Burnout familiar. En: Ramos, B. (Comp.) *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud*. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Bayarre, H., Pérez, J. & Menéndez, J. (2006). Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. *Geroinfo*, 1, (3), 1-20.
- Becoña, E. (2008). Terapia de solución de problemas. En: Labrador, F.J. (Coord.) *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Buendía, J. & Mira, J.M. (1993). Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo. Un estudio sobre el estrés infantil. Universidad de Murcia: España.
- Caballo, V. & Iurtia, J. (2008) Entrenamiento en habilidades sociales. En: Labrador, F.J. (Coord.) *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Carrasco, I. (2008). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En Labrador, F.J., Cruzado, J.A. & Muñoz, M. (Coord.) *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Carretero, S., Garcés, J. & Ródenas, F. (2006) *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Centeno, C. (2004). *Cuidar a los que cuidan. Qué y cómo hacerlo*. España: Formación Alcalá.
- Cerquera, A., & Pabón, D. (2014). Intervención en cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia: una revisión. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8 (2), 73-81.

- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista colombiana de psiquiatría*. 40, 147-165.
- Contreras-Pulache, H. (2014). Esbozo de Alois Alzheimer. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103001>
- Crespo, M. & López, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes*. España: Pirámide.
- Crespo, M. & Rivas, M.T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una evaluación más allá de la escala de Zarit. *Clínica y salud* 1, 9-16.
- De la Cuesta, C. (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13 (1) 137 – 146.
- Del Valle-Alonso, M.J., Hernández-López, I.E., Zúñiga-Vargas, M.L. Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12 (1), 19-27.
- Donoso, A. (2003) La enfermedad de Alzheimer. *Enfermedad de Alzheimer*, 41 (57), 13-22.
- Dubois B, et al. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurology*, (6) 734 - 746.
- Feldberg, C. et al. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3 (1), 11-17.
- Feria, M.I. (2005). *Alzheimer: una experiencia humana*. México: Pax México.

- Fernández, P. et al. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23 (3), 388-393
- Fontán, I. (2012) La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. *Revista Biomedicina*, 7 (1), 34 -43
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of social issues*, 30 (1) 159-165.
- Fuentes, P. (2003). Enfermedad de Alzheimer: una nota histórica. *Revista chilena de Neuro-psiquiatría*. 41 (57), 9-12.
- García, S. & Villagómez, A.J. (2008). Alois Alzheimer: médico de todos los tiempos. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103001>.
- García-Calvente, M., Mateo, I., & Maroto, G. (2004). El impacto de los cuidados informales sobre la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria española*. 18, (1), 83-92.
- Gavino, A. (2008) Programa de intervención psicoterapéutica para cuidadores "Cómo mantener su bienestar". En: Crespo, M. & López, J. (2007). El estrés en cuidadores de mayores dependientes. España: Pirámide.
- González, M.T. & Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Validación de una muestra mexicana. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 12, (2). 189-198.
- Gutiérrez, L.M. & Arrieta, I. (2014). *Plan de acción Alzheimer y otras demencias*. Recuperado de [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/noticias/plan\\_alzheimer.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/noticias/plan_alzheimer.pdf)
- Hernández, Z.E. & Ehrenzweig, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e investigación en psicología*, 13 (1) 127-142.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2016). *ISSSTE y UNAM diseñan exitoso curso para cuidadores de personas envejecidas*. Recuperado de <http://www.gob.mx/issste/prensa/issste-y-unam-disenan-exitoso-curso-para-cuidadores-de-personas-envejecidas>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). *El IMSS beneficia a adultos con el programa de atención domiciliaria del enfermo crónico* (20). Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201503/020>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2015). Población de México. Recuperado el 9 de febrero de 2017, del sitio web de Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/default.aspx?tema=P>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2015). Resultados de la encuesta nacional sobre uso del tiempo. Recuperado el 9 de febrero del 2017, del sitio Web de Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especial/es2015\\_07\\_2.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especial/es2015_07_2.pdf)

Kinsella, G. (1998). A review of the measurement of caregiver and family burden in palliative care. *Journal of Palliative Care*, 14 (2), 37-45.

Labrador, F.J. (2007). Prólogo. En: Crespo, M. & López, J. (2007) *El estrés en cuidadores de mayores dependientes*. España: Pirámide.

Labrador, F.J. (2008) *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca.

Lerin, M.J. (2013). *Día a día con la enfermedad de Alzheimer*. México: Alfaomega.

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

- López-Álvarez, J. & Agüera-Ortiz, L.F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5, (1). 3-14.
- Lorenzo, J. & Fontán, I. (2003). Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro leve. *Revista médica uruguaya*, 19, 4-13.
- Losada, A. et al. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 1. 41-48.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. & Knight, 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.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. (112), 1-40.
- Maurer, K. & Maurer, U. (2006). *Alzheimer. La vida de un médico. La historia de una enfermedad*. España: Díaz de Santos.
- Maurer, K., Volk, S. & Gerbaldo, H. (1997). Auguste D and Alzheimer's disease. *Lancet*. 349, 1546 – 1549.
- McKhann G.M. et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute of Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 1-7.
- Montero et al. (2012). Carga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista latinoamericana de Medicina Conductual*. 2 (2), 118-124.

- Montorio, I., Fernández, M.I., López, A. & Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de psicología*, 14, (2), 229-248.
- Montoya, P.A. & Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde el Caribe*, 29, (1), 204-227.
- Muela, M., Torres, C. & Peláez, P. (2001). La evaluación de la asertividad como predictor de carga en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 36, (1), 41-45.
- Muela, M., Torres, C. & Peláez, P. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 18 (2), 319-331.
- Navarro, R. & Arévalo, M.V. (2000). Aspectos cognitivos del estrés. En: Oblitas, L.A. y Becoña, E. (Comps) *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Nieto, M. (2002). *Ante la enfermedad de Alzheimer*. España: Desclée de Brouwer.
- Olaiz, G. et. al. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Demencia*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Ornelas, F.G. (2014). *Estrategias de afrontamiento y carga percibida en cuidadores primarios informales de pacientes portadores de un dispositivo de estimulación cardíaca* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Peinado, A.I. & Garcés, E.J. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología*, 14 (1) 83-93.

- Peña-Casanova, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona, España: Fundación "la Caixa".
- Petersen, R. (2002) *Guía de la clínica Mayo sobre la enfermedad de Alzheimer*. México: Trillas.
- Ramos, B. & Figueroa, C. (2011). Cuidado informal del enfermo crónico. En: Carpio, C. (2011) *Investigación, formación y prácticas psicológicas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ramos, B. (2008). *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ramos, B., & Jarillo, E.C. (2014). El cuidado informal de personas con enfermedad renal crónica. Una mirada desde la salud colectiva y la teoría de las representaciones sociales. *En-claves del Pensamiento*, (8), 195-216.
- Razo, M. (2007). Evaluación del síndrome de estrés asistencial en los profesionales de la salud en una institución hospitalaria de III nivel en la ciudad de Bogotá. *Psychologia: avances en la disciplina*, 1 (1). 185-214.
- Reyes, K. & González-Celis, A.L.M. (2016). Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizados. *Escritos de psicología*, 9 (1), 15-23.
- Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. España: IMSERSO.
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I., Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Ruiz-Robledillo, N. & Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de motivación y emoción*. 1, 22 – 30.

- Sánchez-Cánovas, J. (1991). Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En: Buela-Casal, G. & Caballo, V.E. (Comps.) *Manual de psicología clínica aplicada*. España: Siglo XXI.
- Seltzer, M.M. & Li, L.W. (2000). The Dynamics of Caregiving: Transitions During a Three-Year Prospective Study. *The gerontologist*, 40, (2), 165-178.
- Singh, J., Goolsby, J.R. & Rhoads, G.K. (1994). Behavioral and Psychological consequences of boundary spanning burnout for customer service representatives. *Journal of Marketing Research*, 31, 558-569.
- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C. O., Acrich, L. & Bail Pupko, V. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 55-65.
- Tartaglino, M.F., Ofman, S.D. & Stefani, D. (2010). Sentimiento de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores familiares principales de pacientes con demencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19 (3), 221-226.
- Thomas, P., Pesce, A. & Cassuto, J.P. (1990). *ABC de Enfermedad de Alzheimer*. España: Masson, S.A.
- Torres, I.A. et al. (2006). Cuidar a un enfermo ¿Pesa? *Revista de divulgación científica y tecnológica de la universidad veracruzana*, 19, 2.
- Vázquez, C., Crespo, M. & Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena, G. Berrios y Fernández de Larrinoa, P. (Eds), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson
- Yanguas, J.J., et. al. (2007). Las intervenciones en los alojamientos para personas mayores. En: Rodríguez, P. (Coord.) *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*. Editorial médica panamericana: España.

# ANEXOS

## **Anexo 1**

### **Cuarta sesión (1ra de intervención) “B”.**

25 de Mayo del 2017 (18:00 hrs)

Se realizó la propuesta formal de intervención. Aprovechando el tiempo de la sesión anterior, se le dieron instrucciones de cómo realizar el ejercicio de respiración abdominal y se le dejó de tarea que lo practicara en casa. Posteriormente se revisó la tarea que no se cumplió al 100% (registro de respiración abdominal). La usuaria reportó que por falta de tiempo y porque al hacer la respiración en ocasiones le dolía la cabeza. Se evaluó cómo estuvo realizando la respiración, se observó que no era correcta, ya que estaba realizando una respiración a nivel pulmonar y no abdominal como se había indicado en la sesión anterior. Por lo tanto se volvió a modelar a la usuaria cómo es la respiración abdominal.

Se observó que le cuesta trabajo realizarla, por lo que se optó a únicamente hacer ejercicios de inflar y desinflar el abdomen los cuales se realizaron de manera correcta. Se le dejó de tarea que realizara dichos ejercicios en casa y si en algún momento podía incluir la respiración al hacer dichos ejercicios comenzara a registrarlos. En caso de que no, se le solicitó que continuara con los ejercicios de inflar y desinflar abdomen y que esperara a la siguiente sesión para realizar el ejercicio de respiración.

Posteriormente se inició la fase psicoeducativa de la Terapia Racional Emotiva por medio de una infografía con el objetivo de que “B” comprendiera cómo los pensamientos que tenemos sobre acontecimientos de la vida diaria nos provocan ciertas consecuencias emocionales y conductuales.

Finalmente “B” detectó pensamientos irracionales en la canción “Abrázame muy fuerte” de Juan Gabriel. Agregando ejemplos de pensamientos irracionales en su

vida diaria. Se le dejó de tarea detectar pensamientos irracionales en la canción “Si me dejas ahora” de José José y “Hasta que te conocí” de Juan Gabriel.

### **Quinta sesión (2da de intervención).**

1 de Junio del 2017 18:00 hrs

Se comenzó revisando la tarea. La usuaria refirió que no le fue bien, ya que dudaba si lo había hecho correctamente. Al revisar la tarea se observó que “B” detectó la mayoría de ideas irracionales de cada canción por lo que se le felicitó por haberlo realizado de manera correcta. También agregó que en los últimos días había tenido dolores de cabeza.

Posteriormente se modeló a la usuaria la técnica de control de la respiración, después se dieron las instrucciones necesarias, cómo sentarse de manera cómoda, relajar los hombros y cerrar los ojos. Se le pidió que pensara en la playa y en el olor al mar así como en el ruido de las aves y olas. A continuación se le pidió que inhalara y exhalara como se había modelado anteriormente y que repitiera en voz baja “Mi cuerpo está relajado”. Se repitió dicho ejercicio 5 veces, de los cuales 4 los ejecutó de manera correcta. También se le indicó como realizar el registro de control de la respiración en la siguiente semana.

Después se le explicaron con un ejemplo cada una, las ideas irracionales que Lega, Caballo y Ellis proponen. La usuaria dio dos ejemplos de ideas irracionales que ella presenta y las relacionó con el listado de dichos autores.

Finalmente se le explicó de nuevo la relación A-B-C (Acontecimiento-Pensamientos-Consecuencias). Así como el llenado del registro ABC, para que ella lo realizara de tarea, con acontecimientos relacionados al cuidado de su madre y su sobrecarga.

### **Sexta sesión (3ª de intervención)**

8 de Junio del 2017 18:00

“B” no asistió a la sesión ya que se reportó enferma.

### **Sexta sesión (3ª de intervención)**

15 de junio de 2017 18:00 hrs

Se inició la sesión preguntando cómo se había sentido en las dos últimas semanas a lo que la usuaria respondió que tuvo un ataque de migraña y que se enfermó de la garganta, por lo que tuvo que faltar a la sesión anterior y a su trabajo. “B” reporta que se sintió muy bien porque descansó un día de su trabajo.

Después se revisó la tarea, la usuaria reportó que sólo realizó los ejercicios de respiración sin anotarlos en el registro, y que el registro ABC se extravió.

Por lo que se comenzó la sesión retomando qué es la terapia racional emotiva y cómo funciona. Se le pidió después que pusiera un ejemplo de algún evento activador que haya vivido en esa semana y mencionó que su sobrino se separó de su esposa y ella se llevó a sus dos hijas, por lo que le recordó cuando ella se separó de su ex pareja. La consecuencia de dicha situación fue que se puso triste y lloró en diversas ocasiones. Se le pidió que intentara recordar que estaba pensando mientras sucedía esto y reportó que pensó en que la esposa de su sobrino “es una mujer injusta” por alejar a sus hijas de su padre y que “siempre les toca perder como familia”. Por lo que se procedió a realizar el registro en el formulario de autoayuda que Ellis propone; las ideas mencionadas fueron las identificadas como irracionales para ser debatidas.

Posteriormente se hizo el debate de las dos ideas irracionales. A continuación se le pidió que formara un pensamiento racional, con base en lo explicado al inicio de la sesión por lo que ella propuso una idea racional para cada caso. Después se le

pidió que identificara las consecuencias nuevas de pensar de esa manera y se percató que eran más funcionales y beneficiosas.

Finalmente se le dejó de tarea que realizara el registro de por lo menos un acontecimiento activador y que plasmara en el formulario de autoayuda las consecuencias de éste y los pensamientos irracionales que correspondieran en dicho caso. También se le pidió que intentara debatir dichas ideas y lo reportara de manera escrita en el formulario.

Al final de la sesión se le pidió que realizara los ejercicios de respiración abdominal que se han estado practicando para corroborar que los continúe haciendo de manera correcta. Al comprobar que fue así, se le pidió que realizara éstos ejercicios en casa y los registrara.

#### **Séptima sesión (4ª de intervención)**

22 de junio de 2017 18:00 hrs

Al inicio de la sesión “B” reportó que durante la semana estuvo peor, ya que hubo dos eventos que le causaron estrés durante la semana. Reportó que no hizo los registros de tarea. Se le indicó que es muy importante que los lleve a cabo para evaluar lo aprendido en la terapia.

Posteriormente mencionó que sus hijos no le ayudan con las labores domésticas por lo que se le sugirió que estableciera reglas claras junto con sus hijos sobre las labores correspondientes a cada quién. También se le indicó que es necesario que cumpla con los castigos, que deje que sus hijos realicen sus labores y que ella no interfiera en éstas, ya que “B” hacía las actividades que les solicitaba a sus hijos. Se le indicó que en ese momento los objetivos de la intervención no abarcaban ese tema, sin embargo, se le propuso que al final de la intervención se podría abordar.

Posteriormente se retomó la conversación sobre el acontecimiento activador que tuvo en la semana, referente a los cuidados de su madre. La usuaria reporta que sus hermanos no le ayudan en lo que respecta al cuidado de su madre y que en ocasiones utilizan su casa para reunirse y no le ayudan a acomodar. Mencionó que en la semana les pidió que compraran productos de higiene personal para su madre y no lo hicieron, por lo que se molestó mucho y pensó “¿Por qué siempre tengo que ser yo la que se encarga de ello?!” sin embargo durante la sesión detectó que era una idea irracional. Se le solicitó que utilizara el formato de autoayuda que se le entregó.

Posteriormente la usuaria reportó que sí ha realizado los ejercicios de respiración en algunos momentos de estrés, sin embargo, mencionó que no ha podido realizar los registros. También reportó que no ha dormido bien, y que en su trabajo tiene mucha presión, que muchas noches llega a casa a seguir trabajando y se duerme muy tarde. Finalmente se le solicitó que realizara los ejercicios de respiración y se corroboró que lo hacía de manera correcta.

### **Octava sesión (5ª de intervención)**

29 de junio del 2017 18:00

Se inició la sesión preguntando cómo se encontraba, ella reportó que tuvo una semana tranquila, ya que su hermana se había llevado a su mamá a su casa y eso tuvo como consecuencia que pudiera dormir más horas durante la noche. Mencionó que únicamente realizó el registro de respiración. El registro de ideas irracionales no lo realizó ya que no tuvo ninguna durante la semana.

Después se le solicitó que recordara si la semana anterior había tenido algún evento estresante, triste o que le causara ira, a lo que ella respondió que sí. La situación fue que su hermana menor, con la que cuando eran pequeñas tenía mayor comunicación, no ha aportado ayuda al cuidar a su madre, únicamente en ocasiones contribuye económicamente. La usuaria ha intentado pedirle que le

ayude, pero ella no ha correspondido. Por lo que se decidió tomar esta situación para abordarla con la técnica de imaginación racional emotiva.

Durante la técnica le fue más difícil evocar el pensamiento irracional, ya que intentaba racionalizar antes de detectar el pensamiento irracional. Cuando "B" detectó el pensamiento irracional, se identificó que le producía enojo. Después se debatió dicho pensamiento y conforme respondía, ella misma fue reestructurando sus pensamientos. Se le solicitó que sustituyera el pensamiento irracional por el pensamiento racional y que reportara cual era la nueva emoción, ella respondió que mantuvo la emoción pero en menor intensidad.

Finalmente se le solicitó que realizara dicho ejercicio con alguna situación parecida o relacionada con el cuidado de su madre y que llenara el informe de autoayuda de A. Ellis, asimismo se le pidió que continuara realizando los ejercicios de respiración.

### **Novena sesión (6ª de intervención)**

6 de julio de 2017 18:00 hrs

"B" llamó horas antes de la sesión indicando que no podría asistir a la sesión, ya que su madre había sufrido una caída y debía cuidarla.

### **Novena sesión (6ª de intervención)**

13 de Julio del 2017 18:00 hrs

Se inició la sesión preguntando cómo seguía su madre, ella respondió que mejor aunque los cuidados han sido difíciles, ya que el yeso le ha sido incómodo a su madre y no ha seguido las indicaciones al 100% (como mantener el brazo hacia arriba sin moverlo). También mencionó que su hermana ha estado a cargo de su madre la última semana y que esto le ha hecho sentirse mejor los últimos días.

Añadió que se ha sentido mal por la situación de alcoholismo de su hermano. Comentó que la pone triste verlo en dicha situación y a su vez enojada, ya que por

más que ella y sus hermanos hablan con él, no deja el alcohol. Incluso tiene problemas en su trabajo y con su familia por lo mismo. Se le mencionó que diversas situaciones del contexto pueden influir en que se mantenga su alcoholismo. También se le mencionó que lo que ella puede hacer es hablar con él pero si su hermano no atiende a esas peticiones (que deje el alcohol) no puede hacer nada más. Se le sugirió que se abordara esta problemática al final de la intervención.

Después se le pidieron los registros que debía realizar de tarea, sin embargo, únicamente entregó uno que estaba incompleto de control de la respiración. Mencionó que el informe de autoayuda de TREC no lo ha realizado por falta de tiempo. Por lo que se le repitió que si no lo lleva a cabo, no habrá cambios reales en su vida, por más que en la consulta realice todo de manera correcta. Se le indicó que su labor en la terapia es muy importante, ya que es primordial para un cambio significativo. También se mencionó que después de las sesiones llevadas a cabo en la intervención hasta ahora, son suficientes para que haya cambios, únicamente si se realizan las tareas. Se concluyó indicando que lleve a cabo las tareas para poder avanzar en la terapia y que para la siguiente sesión realizara el registro de por lo menos dos o tres acontecimientos activadores.

Para concluir la sesión, se realizó un repaso de cómo se llena el registro de informe de autoayuda con el ejemplo de la situación de su hermano.

### **Décima sesión (7ª de intervención)**

18 de julio de 2017 18:00

Se inició la sesión preguntando cómo estuvo en la semana y refirió que un poco enferma del estómago. También dijo que seguía enojada y triste por la situación de su hermano que habíamos comentado la sesión anterior.

Posteriormente entregó los registros solicitados de tarea, tanto el de respiración como el formulario de Autoayuda de TREC. Se le agradeció por cumplir con la

tarea y se le pidió que siga realizándola para poder observar avances importantes, asimismo se le solicitó que los ejercicios de respiración los realice cuando tenga situaciones activadoras.

Durante la sesión se revisó uno de los registros de autoayuda y se le hicieron recomendaciones y retroalimentación de lo realizado. Asimismo se comentó el acontecimiento activador y se repasó sobre qué es el debate y cómo se lleva a cabo. Finalmente se le hicieron observaciones sobre las emociones que percibió cuando ya logró pensar de manera racional, ya que no las había anotado en el registro.

Para cerrar la sesión se le explicó qué es asertividad, y se le mostró un video informativo sobre ésta. Se le solicitó que de tarea leyera los derechos asertivos, los cuales se le dieron en una hoja, y que detectara cuál o cuáles no comprendía y los que no lleva a cabo actualmente.

### **Onceava sesión (8ª de intervención)**

27 de Julio del 2017 18:00

Al inicio de la sesión, “B” reportó que aún presentaba dificultades de comunicación con sus hermanos. También entregó los registros de respiración y de ABC que se le solicitaron de tarea, los cuales realizó de manera correcta. “B” agregó que cree que su familia no ha logrado aceptar la enfermedad y que ella tampoco quiere hacerlo. También agregó “no queda nada de la madre que tuvimos”.

Posteriormente se revisó el registro de respiración y se corroboró que lo estaba realizado de manera correcta. Después se retroalimentó de manera breve en qué consiste la asertividad y los beneficios de ésta, por lo que ella refirió que sí está de acuerdo en que es una habilidad que necesita desarrollar, no solamente por la situación de sus hermanos sino también con sus hijos.

Finalmente se analizó la mitad del listado de derechos asertivos, en los que fue señalando los que consideraba que no lleva a cabo para revisarlos en la siguiente sesión.

### **Doceava sesión (9ª de intervención)**

3 de Agosto del 2017 18:00 hrs

Se inició la sesión retomando el listado de derechos asertivos, en la que se siguieron señalando los derechos asertivos que no lleva a cabo y durante toda la sesión "B" identificó los pensamientos irracionales que le provocan no poner en práctica los derechos asertivos.

En algunos pensamientos irracionales se intervino realizando un debate y proponiendo ideas racionales que pudieran sustituir éstos. Por ejemplo, ella menciona que le cuesta trabajo pensar primero en ella y usualmente pone en primer lugar a los demás, lo que le ha provocado problemas consigo misma porque no obtiene el agradecimiento que ella quisiera. Se le sugirió poner en práctica pedir ayuda cuando se sienta muy sobrecargada así como poder decir no sin sentirse egoísta.

También en algunos casos se le indicaron tips de comunicación asertiva y se le sugirió que los pusiera en práctica en la semana, ya que actualmente se encuentra en un conflicto con un vendedor de gas con el que ya no quiere tener relación como compradora y él ha insistido mucho, le llama diario y en ocasiones más de una vez al día. Por lo que ella está harta y no sabe cómo resolver ese problema. Se le sugirió que hiciera el experimento poniendo en práctica el derecho de decir "No, gracias" sin sentirse culpable.

Finalmente "B" señaló que su hermano (alcohólico) llegó un día de la semana borracho y hablando cosas incoherentes mientras ella estaba trabajando. Cuando usualmente sucede eso, reporta que se siente triste y enojada, sin embargo en esta ocasión decidió hacer un ejercicio de respiración y pensar que ese

acontecimiento activador es algo fuera de su alcance y que él es el que está actuando así; es decir, sustituyó su idea irracional anterior en el que ella se sentía responsable de que él cambiara. Se le solicitó de tarea que entregara el listado con los tipos de ideas irracionales y que marcara con los que se siente identificada.

Al final señaló que la idea de que es injusta la enfermedad de su madre es lo que tal vez esté influyendo para que acepte la enfermedad, asimismo dijo que “Ella no se merecía eso, porque siempre ayudaba a la gente”. Por lo que le hace reflexionar: “¿Entonces es malo ayudar?”. Se le reconoció que ya desarrolló la habilidad de detectar sus ideas irracionales, parte importante de la terapia y en que la siguiente sesión se retomaría dicha idea para debatirla.

### **Treceava sesión (10ª de intervención)**

10 de Agosto de 2017 18:00 hrs.

Esta sesión se dedicó para debatir las ideas irracionales que “B” registró en las últimas dos semanas. Se debatieron 4 de 12, de las cuales hubo una nueva idea irracional registrada y debatida durante la misma sesión.

Se le preguntó por la situación del señor del gas y que en los últimos días ha estado muy insistente en que vuelva a comprarle, sin embargo respondió que no le ha dicho que ya no quiere sus servicios, por lo que se corrobora que la usuaria no ha llevado a cabo el ejercicio de asertividad con él. También se le preguntó si le dijo de manera asertiva a la señora que está solicitando sus servicios como contadora que no puede ayudarle, en este caso respondió que sí, le mandó un mensaje diciéndole que en este momento no puede ayudarle y le sugirió que asistiera a hacienda. Sin embargo “B” mencionó que la señora se molestó porque únicamente le respondió “Gracias por tu franqueza.” La terapeuta le dijo que estuvo bien la manera en que expresó su rechazo.

La primera idea irracional fue:

Fecha y hora	A Acontecimiento activador	B Pensamientos	C Consecuencias
19/07/17	Bajar la mano lastimada de la almocada	- No entiendo que tiene que tenerla arriba por memoria	Irritación llanto

Se le dijo que efectivamente su madre “no entiende” lo que le sucede con su brazo, por la misma naturaleza de la enfermedad. “B” mencionó que cree que ese pensamiento surgió porque aún lo logra aceptar la enfermedad. También se le sugirió que una solución al problema es que su madre imite a “B” para que realice las cosas que ella le está indicando, ya que la imitación es de las últimas habilidades que pierden las personas con Alzheimer. Por último se le preguntó que cuáles son los beneficios de pensar eso y respondió que nada. Y el pensamiento racional por el que se sustituye el anterior es “Ella está enferma y no lo está haciendo a propósito sino por la enfermedad”, reportó que se siente culpable. Sin embargo se le dijo que es normal que se sienta impaciente con la situación y que lo que se puede hacer es aprender a pensar de manera racional para solucionar el problema.

La segunda fue:

20/07/17	Sali tarde al trabajo, por cuidar a la mamá	Nunca me van a creer que voy a llegar temprano	discusiones en el comiso
----------	---	--	--------------------------

“B” mencionó “han de decir que no lo hago (su trabajo)” Entonces se le mencionó que eso es una “lectura de pensamiento” y que no hay evidencia al 100% de que sea así. Y que cuando llega tarde no es porque quiera hacerlo a propósito o sea por flojera, sino por la justificación que su jefe conoce, es decir, cuidar a su madre. Además, “B” reconoció que su jefe es muy comprensivo y se enfoca en los resultados que ella le da. Sin embargo, refiere que le ha costado pedirle un aumento que ella quisiera porque piensa que él le va a decir que no, ya que llega tarde y tiene un año que solicitó el aumento y él le dijo que no. Se le mencionó que

registrara de acuerdo al modelo ABC esos pensamientos que la detienen para pedir el aumento. Refirió que un pensamiento recurrente que ha notado es “Siempre me equivoco” por lo que se comenzó a debatir el tercer pensamiento. Se le preguntó ¿Cuál es la evidencia de que siempre te equivocas?” y respondió que no siempre, y después se le preguntó que si conocía a alguien que no se equivocara, y dijo que no, que todos nos equivocamos. También refirió que no tiene “palabras” para pedir el aumento por lo que se le indicó que en la siguiente sesión se ensayará de manera asertiva dicha solicitud. Finalmente se le preguntó que si tiene alguna funcionalidad pensar de esa manera, por lo que dijo que ninguna.

El 4to pensamiento que se debatió fue:

21/07/17	llega tarde mi hermana No come temprano	No la quiere, por cuidar más siempre lo dejan sola	No fui a trabajar No pude trabajar
----------	--	--	---------------------------------------

Se le mencionó que ¿Cuál era la evidencia de que su hermana no quiera cuidar a su mamá? A lo que ella respondió que porque llega tarde. Sin embargo se le dijo que es una interpretación de los hechos, pero que lo que le causa conflicto es interpretarlo como un hecho 100% real. Se le puso el ejemplo de la situación de que ella llega tarde a su trabajo no significa que ya no quiera trabajar ahí. Por lo que sustituyó ese pensamiento irracional por el pensamiento racional de que tal vez haya otros motivos o problemas por los que llega tarde y no necesariamente porque no quiera cuidarla.

Al final se le pidió que de tarea realizara un registro sobre los pensamientos relacionados con la comunicación.

## **Décimo cuarta sesión (11ª de intervención)**

17 de agosto de 2017 18:00 hrs

Se inició la sesión debatiendo la idea irracional: “Ella no se merecía eso porque siempre ayudaba a la gente, ¿Entonces es malo ayudar?”.

“B” refirió que su mamá ayudaba mucho a sus familiares (hermanos, primos, etc.) y ahora piensa que no es justo que haya enfermado. Después se le preguntó que cuál era la relación lógica entre “ser altruista” y que el cuerpo se enferme “biológicamente”. A esto respondió que cuando su madre se quedó sola y abandonó su casa en el campo se deprimió. También refirió que sus padres, sobre todo su madre, han estado siempre solos. Desde que su papá falleció y cuando los hermanos comenzaron a hacer su vida y que ahora piensa que con tantos hijos que tuvieron ahora este sola su mamá. Sin embargo, “B” mencionó que en diversas circunstancias no siempre ha estado sola. También se le preguntó “¿Hubieras preferido quedarte con ellos sin salir a hacer tu vida (casarse, tener hijos, tener trabajo, etc.) a cambio de que ellos no estuvieran solos?” A lo que respondió que no, pero que a eso se refiere que es injusto ya que hubo otras personas a las que ayudaron y no se acercaron a ellos.

Posteriormente se le dijo que no existe ninguna relación entre ser altruista o ayudar a las personas con el hecho de que nuestro cuerpo se enferme. Se le explicó que son ámbitos diferentes, y que no hay evidencia científica de que exista tal relación, pero que en ocasiones eso se propicia en la sociedad por parte de la religión. Por lo que “B” dijo que sí, que está de acuerdo y que ella antes lo atribuía a algo divino, mencionó que no encuentra algún beneficio pensar así y que tal vez lo ha hecho para encontrar alguna explicación de por qué su mamá está así. Además observa que ha tenido días pesados por estar pensando de esa forma. “B” decidió que sustituirá ese pensamiento irracional por uno racional que es: “A cualquiera nos puede dar y en este caso se enfermó mi mamá y no es por el

comportamiento que tenemos, simplemente se detonó, que es mejor enfocarse en el tratamiento y que tenga una mejor calidad de vida”.

Después se le debatió otra idea irracional, “no quiero aceptar la enfermedad”. Se le preguntó en qué le funcionaba pensar eso, por lo que dijo que no le servía, y que extraña cuando su mamá le ayudaba a resolver las problemáticas familiares. También mencionó que había pensado que podría contar con su mamá sana por más tiempo. Se acordó que “aceptar la enfermedad” significa ella asimile la enfermedad y la adapte en su vida normal, para enfocarse en la solución de los problemas que conlleva dicha situación.

Se le dejó de tarea que realizara el registro de autoayuda de TREC sobre un pensamiento irracional que ella elija, de los que ya había registrado. También se le pidió que llevara las fotos que tenga de su mamá en orden cronológico. Así mismo, se le pidió que revisara un video sobre la técnica del sándwich que se le enviaría por WhatsApp.

### **Décimo quinta sesión (12ª de intervención)**

31 de agosto del 2017 18:00 hrs

“B” mencionó que ha tenido gastritis, colitis y un dolor de brazo derecho que le preocupa. En el doctor no le dijeron porqué únicamente le dieron paracetamol.

Nombre: Bertha Virginia Yáñez Cajero Fecha: 28-AGT-2017

Formulario de autoayuda de la TREC

(A) Acontecimientos activantes, pensamientos o sentimientos que ocurrieron justo antes de sentirme emocionalmente perturbado o de actuar de forma autoevaluadora: Salir al mercado en compañía a mis hermanas y me dejan a mi mamá

(C) Consecuencia o condición, sentimiento perturbador o conducta autoevaluadora que genere y me gustaría cambiar: Conducta violenta (crisis, gestos, gritos a los demás)

(B) CREENCIAS irracionales que conducen a mi CONSECUENCIA (perturbación emocional o conducta autoevaluadora). Rodee con un círculo todas las que se apliquen a estos ACONTECIMIENTOS ACTIVANTES (A).	(D) REFUTACIONES para cada CREENCIA IRRACIONAL rodeada con un círculo. Ejemplos: "¿Por qué DEBO DE hacerlo muy bien?" "¿Dónde está escrito que soy una MALA PERSONA?" "¿Dónde se encuentra la evidencia de que DEBO DE ser aceptado?" etc.	(E) CREENCIAS RACIONALES EFICACES para reemplazar a mis CREENCIAS IRRACIONALES. Ejemplos: "PREFERIRÍA hacerlo muy bien pero no TENGO QUE hacerlo necesariamente". "Soy una PERSONA QUE actúa mal, no una MALA PERSONA". "No existe evidencia de que TENGA QUE ser aceptado, aunque me GUSTARÍA", etc.
1. DEBO hacerlo bien o muy bien!		
2. Cuando actúo de forma impulsiva es porque soy una PERSONA MALA O SIN VALÍA		
3. ¡DEBO ser aceptado por la gente a la que considero importante!		
4. ¡NECESITO que me quiera alguien que se preocupe mucho por mí!		
5. Si me rechazan quiere decir que soy una PERSONA MALA, INDESEABLE.		
6. La gente DEBE tratarme correctamente y darme lo que NECESITO!		
7. La gente DEBE vivir con arreglo a mis expectativas; de lo contrario será TERRIBLE!		

8. ¡La gente que actúa de forma inmoral es GENTE INDIGNA, CORRUPTA!		
9. ¡NO PUEDO SOPORTAR las cosas malas o la gente difícil!		
10. Mi vida DEBE tener pocas dificultades o problemas importantes.		
11. ¡Es HORRIBLE cuando las cosas importantes no marchan como yo quiero!		
12. ¡NO PUEDO SOPORTAR que la vida sea tan injusta!		
13. ¡NECESITO mucha gratificación inmediata y TENGO QUE sentirme desgraciado cuando no lo consigo!		

Otras creencias irracionales: de verdad siempre tengo que cuidarla yo  
Ella se cansa de mi  
porque no la llevan con ellas.  
No quieren estar con ella  
Las estorbo

de siempre está con ella, solo a ratos.  
 Si se cansa de mi no estorbo conmigo en ese momento yo podría ir sola, por lo que me la dieron para que ella estuviera bien.  
 Posan un rato con ella.  
 Prefieren hacer al mundo solos, por seguridad de mi mamá apoyo que dan

Preferiría que pasaran más tiempo con mi mamá.  
 No quisiera emplear más formas de distracción o juegos con mi mamá.  
 No firmen que hacen las demás por ella.  
 darle tiempo de calidad.  
 - darle gracias por el apoyo que dan

(F) Sentimientos y conductas que he experimentado después de haber llegado a mis creencias racionales eficaces: una paz interna, cada quien da lo que puede dar a su alcance.

ME ESFORZARÉ EN REPETIR FRECUENTEMENTE MIS CREENCIAS RACIONALES EFICACES, DE MODO QUE CONSIGA ESTAR MENOS PERTURBADO AHORA Y ACTUAR DE FORMA MENOS AUTOEVALUADORA EN EL FUTURO.

Posteriormente se revisó el formulario de autoayuda TREC, el cual realizó 80% correcto. Sin embargo, "B" reportó que creía que no lo estaba haciendo bien.

"B" mencionó que considera que aplicar TREC en otros ámbitos de su vida le ha ayudado, puso el ejemplo de un evento en la semana anterior. Mencionó que saliendo del metro un día de la semana estaba lloviendo y le dijo a su hija que se esperaran a que bajara la intensidad, sin embargo, su hija ya quería irse y "B" pensó en regañarla y decirle que se tenía que esperar para no mojarse, entre otras cosas. Pero en ese momento recordó lo que ha trabajado en la terapia y decidió invitarle un café a su hija, en lugar de imponerle su decisión. Lo cual tuvo como consecuencia una situación agradable con su hija.

Asimismo, comentó que otro día sucedió algo parecido. Le dijo a su hija que llevara paraguas, pero su hija se negaba por no quererlo cargar durante todo el día. Sin embargo, "B" decidió no enojarse ni imponerle, como lo hubiera hecho anteriormente. Únicamente le preguntaba que cuál era la razón por la que no quería, etc., posteriormente su hija aceptó llevárselo. Por la noche la hija

agradeció que su madre se lo haya dado, ya que llovió fuerte y no se mojó gracias a eso. “B” infiere que anteriormente hubiera surgido una pelea de ese hecho, pero que lo aprendido en la terapia le ha ayudado a dejar de imponerle a sus hijos y pelear con ellos, ahora los comprende más. También “B” mencionó que observó sus cambios de pensamiento cuando en la semana tuvo una discusión con su hijo, sin embargo, no pelearon como anteriormente lo hacían. Observa que ahora emplea el concepto de “me gustaría” o “preferiría”, en lugar de una imposición.

Se le entregó otro informe de autoayuda TREC, para seguir evaluando como reestructura sus pensamientos irracionales, y se le indicó que a partir de ahora, debata sus pensamientos y los sustituya sin necesidad de hacer el registro. También se le indicó que se autorefuere cada que haga esto.

Posteriormente se le mencionó que además de reestructurar sus pensamientos, en sesiones posteriores se buscará una solución a los problemas que hay en la comunicación con su familia. Se comentó lo que se ha visto sobre asertividad en las sesiones anteriores, y se le entregó una infografía sobre “aprender a decir que no”. Posteriormente comentó que ya le dijo al señor del gas que no quiere sus servicios, que no es la encargada de eso en su familia y que gracias por su atención.

### **Décimo sexta sesión (13ª de intervención)**

7 de septiembre del 2017 18:00 hrs

“B” comenzó la sesión comentando que aplicó la técnica del sándwich con su hermana, que usualmente responde de manera agresiva cuando se le dan críticas constructivas. “B” reportó que tuvo resultados positivos, en primer lugar practicó de manera encubierta lo que diría y posteriormente se lo dijo, teniendo claro que el primer mensaje fue positivo, después el mensaje negativo y posteriormente otro positivo. “B” reporta que se sorprendió ya que su hermana respondió de manera positiva. Así mismo, comparó las situaciones anteriores en las que su hermana ha

respondido de manera agresiva y en ésta situación en la que se le hizo un comentario de manera asertiva y que obtuvo una respuesta positiva.

También refirió que quiere aplicar la técnica con su hijo, ya que pasa mucho tiempo en el celular y ella considera que podría enfocar su tiempo en cosas más productivas.

Se revisó un registro del reporte de autoinforme TREC, sin embargo, en esta ocasión tuvo un error porque escribió ideas irracionales que surgieron en la situación en el cuadro en el que debía de ir el debate. Se le señaló ese error y lo corrigió de manera verbal, poniendo ejemplos de debate para dichas ideas irracionales, lo cual realizó de manera correcta, mencionando la evidencia de que no ha sido mala hija y que lo que hace por su madre es lo mejor que puede darle.

Se le señaló que las manifestaciones de la enfermedad son inevitables, y que aprenda a detectarlas para que las afronte de manera más eficaz, y la desesperación que siente sobre la conducta de su madre disminuya.

También se debatió la idea sobre que es “mala hija”, refutando esa idea preguntándole si “todo lo que ha hecho ha sido malo y con mala intención”. A lo que respondió que no, que más bien presenta ciertas conductas que no han sido las correctas, como por ejemplo, desesperarse cuando su madre no se acuerda de cosas. También señaló que hay conductas que si le gustan, como por ejemplo, ayudarle a recordar que tiene hijos y los nombres de éstos, entre otras cosas.

Se le reconoció que últimamente se ha enfocado en la solución del problema y no en la emoción, referente a los cambios de conducta de su madre. Aunque en su familia, algunos miembros toman estos cambios a broma o a enojo.

Se le solicitó que realice un ejemplo de comunicación asertiva con su hermana o con sus hijos, y se le pidió que lo registrara. “B” señaló que sus hermanos no se “prestan” para cuidar a su mamá o escuchar información sobre la enfermedad. Sin

embargo, se le reiteró que es importante que exprese su sentir de manera asertiva y que no se convierta en una comunicación pasiva.

Se le señaló que en la siguiente sesión se hará un ensayo conductual de cómo comunicarse de manera asertiva.

#### **Décimo séptima sesión (14ª de intervención)**

14 de septiembre del 2017

“B” canceló a última hora, ya que tuvo que acompañar a su hermano al médico y no alcanzaba a llegar.

#### **Décimo séptima sesión (14ª de intervención)**

21 de septiembre del 2017

Esta sesión no se llevó a cabo ya que dos días anteriores ocurrió un sismo en la ciudad de México que tuvo consecuencias severas en el transporte e inmuebles de la misma.

#### **Décimo séptima sesión (14ª de intervención)**

28 de septiembre del 2017 18:00 hrs

Se inició la sesión preguntando cómo se encontraba después del sismo, a lo que respondió que se ha sentido “desconectada” por lo ocurrido en la Ciudad de México. Sin embargo, no ha tenido problemas a raíz de eso y su familia se encuentra bien.

En lo referente a lo abordado en las sesiones anteriores, “B” reportó que en ocasiones le cuesta trabajo dar su opinión y a veces la da de manera agresiva. Lo que le ha ocasionado problemas con sus hermanos respecto a los cuidados para su madre.

Un ejemplo de esto es que ha observado que sus hermanos no le dan los cuidados “necesarios” a su madre, por ejemplo, no dejarla sola en casa. Lo que le ocasiona coraje contra ellos. Se le cuestiono sobre la información que ellos tienen acerca de la enfermedad a lo que ella respondió que no saben mucho y tampoco se han interesado en investigar. Se le dijo que es probable que esa falta de información es la que los lleve a no tener los cuidados necesarios, sin embargo, también se le cuestiono que de que le sirve únicamente pensar “Mis hermanos deberían de tener más cuidados hacia mi madre” a lo que respondió que de nada, por lo que se le dijo que entonces busque una solución a dicha problemática. A lo que dijo que hablará con sus hermanos para que se involucren más en la enfermedad y los cambios y cuidados que ésta representa.

Se le propuso que para aplicar lo aprendido respecto a asertividad, hablara con cada hermano (del más fácil al más difícil) para solicitarles que brinden más apoyo al cuidar a su madre, con lo que estuvo de acuerdo.

“B” reporta que ha tenido más sueño de lo habitual y que incluso por las noches ya no se despierta, lo que es reconfortante para su salud, pero a su vez le preocupa no darle atención necesaria a su madre durante las noches.

Se le dieron ejemplos de cómo aplicar la técnica del sándwich con su hermana Carmen (la cuidadora secundaria). Se le mencionaron los elementos de comunicación no verbal que son importantes a la hora de aplicar dicha técnica. Posteriormente se le solicitó que realizara un ensayo de cómo aplicarlo con su hermana y se le dio una retroalimentación de lo realizado empezando por los puntos positivos de su actuación. Se le indicó que utilice el control de la respiración antes de hablar cuando se sienta nerviosa o enojada. Se le dejó de tarea que realizara ensayos frente al espejo.

## **Décimo octava sesión (15ª de intervención)**

3 de octubre del 2017

Se inició la sesión con el tema de asertividad. “B” menciona que le cuesta trabajo comunicarse ya que se pone nerviosa y piensa previamente que lo hará mal o se equivocará. Se le mencionó que esa dificultad está relacionada con los pensamientos acerca de esa situación y se le explicó en qué consisten las autoinstrucciones y los beneficios de emplear ésta técnica junto con la asertividad.

“B” mencionó que no habló con su hermana Carmen, ya que se “bloquea” antes de hacerlo y no se siente 100% preparada, ya que le hace falta más práctica. Asimismo reporta que un pensamiento frecuente que tiene es “¿Por qué mis hermanos no reaccionan como yo quisiera?”. Se le recordó en qué consisten las exigencias absolutistas y las ideas irracionales y la influencia de éstas en su sentir.

Después, se le pidió a “B” que realizara una lista de los nombres de sus hermanos con los que desea hablar sobre la situación de cuidado y la enfermedad de su madre; esto en orden ascendente de dificultad.

Posteriormente se realizaron dos ensayos de comunicación asertiva con sus hijos, un ensayo por cada uno, ya que menciona que éstos no conviven con su madre, no le ayudan a atenderla por lo que eso le preocupa y entristece. Se anotaron los pasos que “B” llevaría a cabo, desde el contacto inicial hasta el fin de la conversación, y después se ejecutó el ensayo. Se empleó la técnica del sándwich.

Finalmente se retroalimentó su actuación, comenzando por destacar los puntos positivos como por ejemplo, mirar a los ojos al hablar, emplear un tono y volumen adecuado, mencionar su sentir y pensar sobre la situación problemática, dar un mensaje positivo al iniciar la conversación, y terminar con una pregunta dirigida a qué piensa el receptor sobre lo mencionado o solicitado. Se le señaló que disminuya las pausas y muletillas al hablar y que antes de iniciar el diálogo puede emplear la técnica de control de la respiración.

Se le dejó de tarea que llevara a cabo la comunicación asertiva con su hijo, basándose en lo que se ensayó. Se le entregó un registro en el que se le pidió describir la situación específica, cómo lo llevó a cabo y los resultados obtenidos.

### **Décimo novena sesión (16ª de intervención)**

12 de octubre del 2017

Se inició la sesión preguntándole a “B” si pudo realizar su tarea, que consistía en hablar con sus hijos, sin embargo, mencionó que no pudo y que con su hijo tuvo una discusión. Por lo que se procedió a repasar la definición de asertividad, los beneficios de comunicarse de esta manera y se le entregó una infografía en la que se explicaba esto, se le sugirió que plantee dicha información a sus hijos para que inicien a comunicarse de esa manera.

Posteriormente “B” mencionó que ha tenido problemas de disciplina con sus hijos, ya que no hacen las tareas del hogar que les corresponden. Se le explicó que el hecho de que ella haga las cosas que ellos no quieren realizar, funciona como un factor que mantiene las conductas negativas de sus hijos. Se le indicó que en sesiones posteriores se ahondará sobre el tema.

Después, se le explicó a “B” en qué consiste la activación conductual, y que reflexionara sobre las actividades agradables y placenteras que dejó de hacer por su actividad como cuidadora principal. Se percató que incluso hay actividades que ha dejado de hacer desde que empezó su rol como madre.

Se le indicó que haga un listado de actividades que quiera hacer porque hace mucho tiempo no hace, o que hace pero que quisiera aumentar el tiempo de ésta o que nunca ha hecho pero quisiera hacer e indicar la dificultad y satisfacción de cada una. “B” señaló que una de éstas es ir a comer o visitar a una amiga, tejer, etc.

Al finalizar la sesión, “B” mencionó que aplicó la técnica del sándwich con una vecina que le platicó algunos problemas que estaba teniendo. Se le indicó de tarea que también aplicara la técnica con sus hijos y sus hermanos.

### **Vigésima sesión (17ª de intervención)**

19 de octubre de 2017

Se comenzó la sesión comentando la tarea de “B”, la cual consistió en hablar con su hijo de manera asertiva. Decidió aplicar la técnica del sándwich y obtuvo una respuesta favorable. También agregó que en los últimos días ha mejorado la comunicación con sus hijos, por lo menos de su parte, porque ya no les grita si no que prefiere cambiar el tono y hablar o pedirles las cosas por favor.

Posteriormente mencionó que aunque con sus hijos ha aplicado la comunicación asertiva, con su madre le ha sido más difícil. En una ocasión su madre se molestó con ella al punto de alzar la voz, ya que “B” le estaba insistiendo en que comiera. Ambas se molestaron, sin embargo, “B” respetó que ya no quisiera comer.

Después, se revisó el listado de actividades agradables que se le encargó de tarea. Se analizó si eran viables y se le asignó un valor de dificultad a cada una, así como de satisfacción. Se le indicó que de tarea llevara a cabo alguna o algunas de las actividades agradables y que en otro registro anotara las actividades, el día que las llevó a cabo y el grado de satisfacción del 1 al 10.

Se le preguntó si se sentía lista para hablar con su hermana de manera asertiva, a lo que respondió que prefería hacer un listado de puntos relevantes a mencionar durante la conversación.

## **Vigésima primera sesión (18ª de intervención)**

26 de octubre de 2017 18:00

“B” reporta que no ha tenido oportunidad de hablar con su hermana, ya que ella tiene problemas con su marido y prefirió escucharla y no mencionar nada sobre la situación de su madre.

También entregó el registro de activación conductual que realizó en la semana, aunque no registró su estado de ánimo al final de cada día, ella mencionó que sí sintió satisfacción y una diferencia en la rutina, por realizar las actividades que hace mucho había pospuesto hacer. Por ejemplo, se puso mascarillas faciales en las noches y masaje de pies. Se le mencionó que poco a poco agregue más actividades agradables y las continúe registrando.

Posteriormente mencionó que la problemática con sus hermanos continúa, ya que siguen sin hacerse cargo de su madre y únicamente esperan que ella la cuide. Asegura que su madre se encuentra más delgada, eso le preocupa porque considera que no come bien. Se le indicó que recuerde enfocarse en el problema, por lo que ella planteó que le preguntará al médico cual es la razón por la que haya bajado de peso.

Después “B” mencionó que le pidió de favor a su hermana que comprara unos calzones desechables para su madre, sin embargo, se equivocó y compró pañales. Se le reconoció que estuvo bien que comience a pedirles favores de este tipo a sus hermanos de manera asertiva. Se repaso en qué consiste la asertividad, ejemplos de cómo se emplea y sus técnicas (disco rayado, aplazamiento asertivo, banco de niebla, pregunta asertiva).

Finalmente se le pidió que durante la semana analizara los cambios que ha observado en ella a partir de ésta intervención y que les pregunte a sus hijos y hermanas si también han notado algún cambio.

## **Vigésima segunda sesión (19ª de intervención)**

02 de noviembre

No hubo sesión ya que la usuaria no podría asistir por ser día festivo.

## **Vigésima segunda sesión (19ª de intervención)**

09 de noviembre 18:00

“B” comenzó la sesión comentando una situación que tuvo con su hija. Mencionó que el viernes anterior llegó ebria a casa, acompañada de dos chicos que la cuidaron y ayudaron a llegar a casa desde el metro, sin embargo, eran desconocidos para ambas.

Asimismo, mencionó que se comportó lo más asertiva que pudo, ya que decidió no llamarle la atención ni gritarle en ese momento porque estaba asustada y muy enojada, además de que su hija estaba en estado de ebriedad y ésta no la atendería. Por lo que decidió posponerlo para el otro día. Por la mañana habló con ella, en un tono normal y sin alzar la voz, con la intención de saber qué había sucedido, por qué y explicarle los riesgos que conlleva salir en ese estado.

Posteriormente, “B” señaló que en la semana asistió al médico con su madre y sus hermanos. El médico indicó que su madre está aproximadamente a la mitad del proceso de la enfermedad. Al finalizar la cita con el médico les pidió a 4 de sus hermanos “redoblar los esfuerzos” y solicitarles lo mismo a los demás, ya que aún falta mucho por hacer para los cuidados de su madre. Considera que se sintió muy bien al hacerlo y que le fue menos difícil en ésta ocasión.

“B” mencionó que de las actividades agradables que hizo fueron: hablar por teléfono con su amiga, hacerse limpiezas faciales por las noches algunos días de la semana, y planear con sus hijos asistir a una feria del libro. Se le señaló que continúe realizando dichas actividades o algunas otras y las registre.

## **Vigésima tercera sesión (20ª de intervención)**

16 de noviembre 18:00

Esta sesión se enfocó en preparar a “B” para evitar las recaídas. Iniciada la sesión “B” reportó que en la mañana su madre estaba dispersa, ya que le pedía que se quitara el pantalón para ayudarla a cambiarse y su madre no entendía las instrucciones, por lo que “B” le dijo “Ay mamá solo el pantalón” y posterior a eso se agacho a ayudarle, sin embargo su madre se asustó y se puso a llorar. “B” se sorprendió por la reacción de su madre pero continuó ayudándole. Después le preguntó que le sucedió y su madre le dijo “Es que no sé quién eres”. “B” trató de distraer a su madre sin embargo continuó con semblante triste. Su hermana (la otra cuidadora) le comentó que desde el día anterior había notado que su madre estaba triste.

Posteriormente “B” reporta que durante algunas horas en la mañana se sentía responsable de la reacción de su madre, sin embargo, decidió debatir sus ideas irracionales con el argumento de que fue una reacción debida a su enfermedad y que su hermana le mencionó que días antes había estado triste. Se le mencionó que son situaciones que se repetirán en el futuro y que incluso con más frecuencia, por lo que se le recomendó enfocarse en el problema, como lo hemos estado trabajando, y no en la emoción. También se le reconoció que actuó de manera funcional al decidir debatir sus pensamientos.

Después mencionó que habló con su hermana menor para pedirle que la apoye para hablar con sus otros hermanos con el objetivo de pedirles más apoyo en cuanto al cuidado de su madre. También agregó que ha notado cambios en sus hermanos, específicamente en que se han interesado en buscar información sobre la enfermedad y en la atención brindada a su madre, lo cual identifica que es porque ella ha insistido mucho en el asunto.

“B” también agregó que antes le molestaba mucho que su familia se tomara a burla los cambios de comportamiento de su madre, sin embargo, últimamente ha comprendido que su familia suele hacer burla de muchas cosas y del comportamiento de los demás integrantes y no sólo de su madre, además de que así es como se relacionan comúnmente, por lo que ya no tiene la reacción de enojo de antes, si no que ahora les pide que no se burlen de la situación de su madre y es más tolerante con ellos. Con base en ese ejemplo y el anterior, se le dieron las recomendaciones necesarias y el repaso de la técnica para modificar pensamientos.

Posteriormente se le explicó la técnica de solución de problemas, se le entregó una infografía del tema y la explicación de la técnica así como los pasos a seguir para llevarla a cabo, que Labrador (2008) propone en su libro de Técnicas de modificación de conducta. También se le proporcionó un registro para que pueda utilizarlo cuando lo necesite.

Se le cuestionó sobre si aún requiere asesoría sobre asertividad a lo que respondió que no, que está planeando hablar con sus hermanos pero que se siente segura de como lo llevará a cabo. También se le envió un correo con el link de un curso en línea que ofrece de manera gratuita el ISSSTE con apoyo de la FES Zaragoza acerca del cuidado de adultos mayores.

### **Vigésima cuarta sesión (21ª de intervención)**

23 de noviembre del 2017 18:00

Se inició la sesión comentándole a “B” que sería la última sesión, en la que se abordarían los temas pendientes extras a los objetivos establecidos en un inicio y además se haría un repaso de los avances alcanzados con la intervención.

Se procedió a explicar en qué consisten los 4 estilos de crianza principales con las características de cada uno. Posteriormente se le explicó cómo establecer límites

y normas, desde el enfoque conductual. Esto debido a que a lo largo de la intervención, “B” se quejó en varias ocasiones del comportamiento de sus hijos.

Después, “B” mencionó que en las fechas navideñas suele recordar a su ex pareja y se pone triste, sin embargo a diferencia de las primeras sesiones, ahora detecta que son pensamientos irracionales y procede a debatir estos, para sustituirlos por pensamientos más racionales. Aunado a esto, se le comentó que esos pensamientos irracionales probablemente sigan apareciendo, pero que lo importante es detectarlos, debatirlos y sustituirlos por unos más racionales.

### **Vigésima quinta sesión (22ª de intervención)**

07 de diciembre del 2017 18:00

Ésta sesión se destinó para aplicar las pruebas que se emplearon en la primera sesión, las cuales son Maslach Burnout Inventory, La escala de sobrecarga del cuidador y el instrumento de estilos de afrontamiento.

En ésta sesión también se le mencionaron los objetivos que se cumplieron durante la intervención y ella comentó los beneficios de cada uno.

Posteriormente se le dieron recomendaciones finales, uno de ellos fue continuar registrando sus conductas asertivas, con la finalidad de que haga una retroalimentación de sus avances. También se le entregó un registro de solución de problemas, y se le explicó en qué consiste dicha técnica, ejemplificando ésta.

“B” reporta que en años anteriores, en la época navideña, solía llorar frecuentemente y sentirse triste, sin embargo ha notado que actualmente ya no le sucede porque ha debatido sus pensamientos irracionales y los ha sustituido por unos más racionales. Se le mencionó que no se desmotive porque aún tiene pensamientos irracionales, si no que lo importante es que los detecte y modifique.

También reportó que después de la terapia ha entendido más a su madre y su enfermedad. Y que ahora trata de transmitirles la información a sus hermanos.

Agregó que ha notado cambios en ellos, y en la forma en que ella se ha dirigido a ellos, ya que no se comunica de manera agresiva ni se comporta de manera pasiva, si no que intenta interactuar más con ellos para dialogar respecto a las dificultades que presenta su madre.

Posteriormente agregó que otra mejora fue que desarrolló la habilidad de comunicarse, ya que actualmente lo hace de manera asertiva no solo con sus hermanos, que era el objetivo principal, sino que también en su trabajo y con sus hijos. Además, comparó las actitudes que tenía antes y las que ahora tiene por los aprendizajes adquiridos en la terapia. Después se le explicó que se realizará un seguimiento para evaluar los avances y efectos de la intervención.

## **Anexo 2**

### **Cuarta sesión (1° de intervención) “A”**

**Jueves 25 de mayo de 2017 (11:15 am)**

Las tres sesiones anteriores se utilizaron para evaluar la problemática específica de “A” y para establecer las metas a las que se pretendió llegar con la intervención. A partir de esto, se llevaron a cabo las sesiones de intervención donde se revisaron las técnicas y tareas necesarias.

Se inició ésta sesión preguntando sobre la tarea, es decir, el Check list de quehaceres y tiempo que tarda en realizarlos. Sin embargo la usuaria reportó que se le olvidó llevarlo a la sesión. Posteriormente se le explicó en qué consiste la Terapia Solución de Problemas (TSP), ella reportó estar de acuerdo en emplear la técnica durante la intervención y ejemplificó en qué se podría trabajar con su problema actual (dormir 3 a 5 horas por la noche).

Después se comenzó con el paso 1 de la TSP, es decir, con la presentación de la evaluación del caso por medio de un esquema. Después la usuaria reconoció que su problema sí tenía solución aunque el hecho de que su esposo padezca Alzheimer no lo tenga, ya que en sesiones anteriores ella comentaba que su problema no tenía solución alguna (refiriéndose al hecho de ser cuidadora de su esposo). Luego se definieron las dificultades relacionadas con la principal problemática que es la sobrecarga intensa. La primera dificultad abordada fue: “Dormir de 3 a 5 horas todas las noches”.

Se obtuvieron los pros y contras de solucionar esa problemática así como los factores relacionados a éstas. Posteriormente la usuaria planteó una solución alternativa, la cual fue: aprender a pedirle a la señora de la limpieza que termine sus labores de manera completa, ya que cada semana que asiste a realizar dicha labor deja pendientes y eso provoca que la usuaria las termine a lo largo de la semana y que postergue irse a dormir en las noches.

Sin embargo, se acabó el tiempo de la sesión y no se pudo continuar planteando otras soluciones.

### **Quinta sesión (2ª de intervención)**

1 de Junio de 2017 11:00 hrs.

Se comenzó preguntando por la tarea de la sesión previa a la intervención (Check list). Posteriormente se continuó con la lluvia de ideas sobre posibles soluciones al problema de dormir 3 a 5 horas diarias. Se generaron 5 posibles soluciones y A planteó los pros y contras de cada una. Las posibles soluciones fueron:

1. Disminuir sus actividades que pueda hacer la señora de la limpieza.
2. Dejar las cosas como están para irse a dormir a las 10 u 11pm.
3. Realizar actividades en orden específico.
4. Organizar tareas para cada integrante del hogar.
5. Solicitar ayuda de una nueva señora sugerido por su nuera.

Posteriormente, al evaluar pros y contras "A" decidió disminuir sus actividades diarias pidiéndole a Blanca de manera asertiva que ella las realice. Así como realizar actividades en orden específico para que dichas actividades no impidan que vaya a dormir a las 10 de la noche. Y por último solicitar ayuda de una nueva señora que realice la comida de dos o tres días de la semana. Así también eligió organizar tareas para cada integrante del hogar en caso de que se lleven a cabo las demás opciones y no haya disminuido su sobrecarga.

"A" solicitó ayuda para aprender a ser asertiva, por lo que las sesiones siguientes se encaminaron a enseñarle a comunicarse de manera asertiva, ya que en ocasiones lo hace de manera agresiva o pasiva.

Al final de la sesión se organizaron las actividades, con base en lo registrado en el check list, para el día viernes 2 de junio de manera que no excediera su horario para irse a dormir a las 10 pm. Y se le solicitó que de manera diaria siguiera

organizando dicho horario en el registro que se le entregó, por el resto de la semana y que lo llevara a la sesión del siguiente jueves.

### **Sexta sesión (3ª de intervención)**

8 de junio de 2017 11:00 hrs

Se inició pidiendo la tarea encargada en la sesión anterior (registro de actividades diarias durante 1 semana). Se identificó que hubo días en los que no logró cumplirse el objetivo de dormir 7 horas o más.

Posteriormente se le explicó qué es la asertividad, diferenciando entre la comunicación pasiva, asertiva y agresiva. Se le mostró un video con una duración de 5 minutos en el que se explica qué es la asertividad, ejemplos de ésta y cómo llevar a cabo una comunicación más funcional. Finalmente se le explicaron los beneficios de que “A” se comunique de manera asertiva. Y ella puso un ejemplo en que actuó de manera pasiva con su esposo.

### **Séptima sesión (4ª de intervención)**

15 de junio de 2017 11:00 hrs

Se inició la sesión preguntando cómo estuvo durante la semana. Ella comentó que seguía sin poder dormir temprano y que la noche anterior un vecino (con demencia) estuvo tocando el timbre y no la dejaba dormir, por el sonido y por la preocupación de que sucediera algo malo.

Posteriormente se iniciaron los pasos de la técnica de asertividad propuesta por Caballo e Iurrtia. Los cuales consisten en plantear la situación específica del problema a resolver, en su caso delimitamos que la primera situación sería “Pedirle de manera asertiva a Blanca y Juanita (la nueva señora de la limpieza) que limpien la casa de la manera en que a “A” le agrada y que terminen con las labores requeridas”.

Después ella representó cómo hace ese tipo de peticiones o críticas constructivas, por lo que mencionó que es un poco agresiva al llevar esto a cabo y que eso es lo que quiere modificar. Reportó que se enoja mucho cuando las señoras de la limpieza no hacen su trabajo de buena manera. Se identificó un pensamiento desadaptativo que influye en su respuesta agresiva.

En seguida se identificaron los derechos humanos asertivos implicados en esta situación así como los beneficios de actuar de manera asertiva en lugar de como lo ha estado haciendo. A continuación, se le mostró un video explicativo sobre la técnica del sándwich y por medio del modelado la terapeuta actuó de manera asertiva para demostrar cómo se puede llevar a cabo éste tipo de comunicación.

Posteriormente se le pidió que cerrara los ojos y pensará cómo podría hacerlo ella, tomando en cuenta los puntos respecto a la comunicación asertiva antes explicados y modelados. De inmediato la usuaria representó la respuesta elegida. Finalmente la usuaria evaluó la eficacia de su respuesta, con la cual se sintió satisfecha y posteriormente se le reforzó su actuación y se retroalimentó un poco la misma.

Asimismo se le dejó de tarea que llevara a cabo la comunicación asertiva al otro día con Blanca, ya que “A” necesitaba pedirle que terminara sus labores antes de la hora normal y que le pusiera un poco menos de condimento a la comida que prepara.

### **Octava sesión (5ª de intervención)**

22 de Junio del 2017

“A” no asistió a la sesión, ya que fue a visitar a su hija a Monterrey, Nuevo León. Sin embargo, avisó media hora antes de su sesión, y notificó que tampoco le sería posible asistir la siguiente sesión. Reportó que sí aplicó la técnica de asertividad como se le dejó de tarea, es decir, pedirle a Blanca que terminara sus labores unas horas antes de lo normal y le pidió que prepare la comida con menos

condimentos. Asimismo dijo que aplicó la misma técnica con su hija y que si funcionó. Se le pidió que hiciera un registro anecdótico de cómo llevó a cabo la técnica, cómo se sintió y que resultados obtuvo.

### **Octava sesión (5ª de intervención)**

13 de julio de 2017 10:00hrs

Se inició la sesión preguntando qué resultados obtuvo practicando la comunicación asertiva con las señoras que le ayudan con labores domésticas y reportó que le fue bien aunque en ocasiones no ha sido tolerante y responde de manera un tanto agresiva con ellas, por lo que se le indicó que seguiríamos practicando durante las sesiones.

Posteriormente se le preguntó cómo le había ido durante su viaje a Monterrey al visitar a su hija y respondió que masomenos la primera semana pero que la última semana le fue mal. Se le preguntó por qué y ella comenzó a llorar. Cuando pudo continuar hablando reportó que en su estancia allá, observó que su hija se comporta de manera pasiva con su esposo, que ella nunca toma decisiones y que depende mucho de lo que él decida. También mencionó que le da coraje ver esa actitud de su hija y que además sus nietos son muy groseros con la madre y en ocasiones con ella.

Posteriormente volvió a llorar y mencionó que sospecha que el padre de sus nietos (dos niñas de 15 y 11 años y un niño de 10 años) abusa sexualmente de las niñas, ya que observó conductas extrañas de él hacia ellas, por ejemplo, al abrazarlas coloca sus manos muy cerca de sus pechos, en una ocasión se encerró en el cuarto con la más chica y el niño comentó que siempre que hacen eso no lo dejan entrar a él. Entre otras cosas, ella se preocupó de dicha situación y reporta sentir impotencia de no poder hacer nada por ayudarlas. También mencionó que con su hija (la mamá de sus nietos) “no se puede” hablar. Al

terminar la sesión se le indicó que durante las siguientes sesiones ensayaríamos la comunicación asertiva dirigida a su hija.

### **Novena sesión (6ª de intervención)**

20 de julio de 2017 11:00 hrs

Se inició la sesión preguntando cómo se encontraba y reportó que mejor pero que aún seguía preocupada por la situación de su hija Claudia (la hija que vive en Monterrey). Asimismo reporta que seguía durmiéndose muy tarde a pesar de contar con el apoyo de dos señoras de limpieza y que cada una asiste a su casa una vez a la semana.

Posteriormente se le indicó el plan de la sesión la cual consistía en reafirmar el concepto de asertividad y hacer los ensayos necesarios para que "A" aprendiera cómo comunicarse de manera asertiva.

Se acordó que la situación que se ensayaría sería la de comunicarle a su hija Alicia (la que vive con ella) que le ayude con labores domésticas como: lavar trastes en las noches, prepararle la cena a su esposo y a sí misma algunos días, así como servirse su comida para el día siguiente en trastes que pudiera llevar al trabajo.

Para lo cual se le preguntó que cómo lo hace normalmente, a lo que respondió que prefiere no decirle nada o pedirle el favor ya que teme que su hija responda de manera negativa o que no le haga caso. Se le explicó que eso es una inferencia arbitraria pero que si lo pide de manera asertiva podría surgir algún beneficio.

Se procedió a ejemplificar una manera de comunicar lo deseado de manera asertiva, y después "A" realizó el mismo ejercicio. Se le pidió que explicara cómo se sentía por lo que comentó que un poco nerviosa. Después la terapeuta le dio ciertas recomendaciones para que lo llevara a cabo de nuevo, por ejemplo, se le

reiteró la importancia de mencionar algo positivo al inicio y al final, es decir, como se había explicado anteriormente con la técnica del sándwich.

Finalmente se repitió el mismo ejercicio y la terapeuta retroalimentó lo realizado. Asimismo "A" retomó el tema de la problemática de su hija Claudia, por lo que se le explicó que eso es un tema delicado pero que se retomará en las siguientes sesiones.

Se le solicitó de tarea que llevara a cabo el ejercicio realizado en sesión, y que la siguiente semana se comentará lo sucedido.

### **Décima sesión (7ª de intervención)**

27 de julio del 2017 11:00 hrs.

En ésta sesión se realizó psicoeducación sobre la Terapia Racional Emotivo Conductual, en la cual se le explicó en qué consiste ésta, los conceptos más importantes, se señalaron las emociones perturbadoras y las apropiadas así como ejemplos de ideas irracionales.

Posteriormente se le explicaron los pasos a seguir para aprender a pensar de manera racional y los beneficios de esto. Se le mostró un video en el que Ellis aborda éste tema, sin embargo, se observó que la usuaria se estaba quedando dormida mientras veía el video. Después se le preguntó si le quedó más clara la explicación con ayuda de ese video a lo que respondió que no, que se le hizo pesado y que además los subtítulos pasaban muy rápido. Por lo que se continuó explicando los beneficios para ella el adoptar ésta nueva forma de pensar.

Finalmente se le pidió que pusiera ejemplos de ideas irracionales, por lo que ella respondió con "tengo que cuidar a mi marido, es algo que no quiero hacer, pero pienso que tengo que hacerlo". Se abordó que las exigencias absolutistas son disfuncionales y que provocan emociones perturbadoras entre otras cosas.

### **Onceava sesión (8ª de intervención)**

3 de Agosto del 2017, 10:30 hrs.

La sesión se inició preguntando cómo se encontraba, a lo que respondió que bien. Se le preguntó si ha llevado a cabo la comunicación asertiva, y mencionó que en la semana estuvo enferma por lo que se sentía débil y decidió pedirle de favor a su hija que le ayudara a prepararles su cena, a lo que ella accedió sin dificultad. La terapeuta felicitó a "A" por haber logrado ese objetivo.

Posteriormente se le mostró el listado de las 10 ideas irracionales que Albert Ellis propone en el libro de Lega, Ellis y Caballo (2009). Se explicó cada una y se dieron ejemplos de las mismas. En algunas de éstas "A" puso ejemplos de su vida en general. Al finalizar dicha actividad se le solicitó que de tarea leyera ese listado de nuevo y marcara con un tache los tipos de ideas irracionales con las que se sintiera identificada.

Después se le entregaron dos letras de canciones, una fue "Abrázame muy fuerte" de Juan Gabriel y "Si me dejas ahora" de José José, con la finalidad de que circulara las ideas irracionales que encontrara. Finalmente se comentaron las ideas irracionales que identificó y se le señaló que lo llevó a cabo muy bien.

### **Doceava sesión (9ª de intervención)**

10 de Agosto del 2017 10:30 hrs.

Se inició la sesión preguntando si había realizado la tarea, a lo que respondió que no. Se le solicitó que sacara la lista de los tipos de ideas irracionales que Albert Ellis propone, y posteriormente se le preguntó una por una en qué consistían y si se sentía identificada, de las cuales 9 las contestó de manera correcta excepto la de **Radical/ Extremo**, de la cual mencionó que es *normal* que las personas piensen de esa manera. Se le explicó que es común pero no normal, y las consecuencias negativas de pensar de esa manera.

Posteriormente señaló los tipos de ideas irracionales con los que se siente identificada, los cuales son:

X	2. <b>Muy generalizado.</b> Las conclusiones se extienden más allá de los datos empíricos de una situación determinada y es común la utilización de términos como: "siempre", "nunca", "todo el mundo", "nadie", etc. O, unido al pensamiento extremo, se refiere a sí mismo o a otros como "estúpido", "malo", "incompetente", etc.
---	--

X	9. <b>Extremadamente exigente.</b> Se da en personas que "deben", "tienen que" obtener lo que quieren de sí mismas, de los demás y del mundo en general, cuando y como lo quieren, sin tener en cuenta nada más que el propio deseo.
---	--

A la mitad de la sesión se le explicó en qué consiste el registro A-B-C y se le reiteró que son los pensamientos los que nos ocasionan ciertas consecuencias y no los eventos en sí, como comúnmente se cree. Se señaló qué preguntas pueden ayudarle a saber qué piensa en el momento en que suceden los eventos activadores. Con esto explicado se le pidió que pusiera un ejemplo el cual se escribió en el registro. Se le indicó que continuara llenando el registro durante la semana y la importancia de que lo realice. Se le explicó para qué se utilizará la siguiente sesión.

### **Treceava sesión (10ª de intervención)**

17 de Agosto del 2017 11:00 am

Se inició la sesión preguntando si había realizado el registro ABC a lo que dijo que no. Mencionó que estuvo triste, con ganas de llorar y con baja energía. Se le pidió que lo anotara en el registro ABC en la parte de Consecuencias. También se le preguntó que había detonado esa tristeza y dijo que recuerdos del pasado que no ha "querido soltar".

Posteriormente mencionó que hubo un acontecimiento activador que le causó enojo y tristeza, el cual consistió en que cuando llegó a su clase de Tai-Chi saludó con un "buenos días", sin embargo, nadie le respondió. Posteriormente se retiró a su casa a los 15 minutos de haber llegado ya que no iba a haber clase. Se le

solicitó que llenara el siguiente renglón del registro con esos datos. En un principio no detectaba sus pensamientos, los confundía con las consecuencias emocionales, por lo que se le mostraron ejemplos de pensamientos irracionales para que ella pudiera detectarlos consigo misma. Se sintió identificada con el pensamiento de “Debo ser aceptada por la gente que considero importante”, “Me sentí menos”, “Me ignoraron”, se le preguntó que qué significó para ella que la ignoraran por lo que respondió “No soy nadie” “Como si no sintiera nadie ninguna estimación para mí”. Reporta que esos pensamientos son los que causaron esas emociones perturbadoras.

Después, “A” reportó que durante la semana también se molestó con su esposo ya que se mostró preocupado por la señora que les ayuda a hacer la limpieza porque ella no había desayunado aún (se paraba a hablarle y decía constantemente que la chica no había desayunado). Por lo que el pensamiento de “A” fue “Porque no dice, pobrecita de “A”, no ha desayunado, siéntate a desayunar tú.” “Siempre ha sido lo mismo en todas circunstancias”, “Te atiende yo a ti”, “Primero se conduce de los demás pero no de mí”. El pensar eso, le detonó recordar acontecimientos históricos que le han molestado de su esposo.

“A” reporta que “No hay nada en la relación con mi esposo” “No sé qué música le gusta, no lo conozco”, “Una vida vacía”. Menciona que se arrepiente de no haberlo dejado desde hace años.

Se le dijo que TREC se basa en enfocarnos en el presente, en lo que sí podemos modificar. Se le cuestionó en qué le funciona lamentarse del pasado, a lo que respondió que nada que sólo la hace enojar. También se le mencionó que hay diferentes soluciones, sin embargo, ciertos pensamientos la detienen a decidirse por una y que en las siguientes sesiones se trabajará con eso. Se le pidió que de tarea realizara una reflexión acerca de su historia con su esposo, para identificar los pensamientos que le causan ira o tristeza, y registrarlos.

### **Décimo cuarta sesión (11ª de intervención)**

24 de Agosto del 2017 11:00 am

“A” avisó una noche antes de la sesión que no podría asistir, ya que iría al podólogo.

### **Décimo cuarta sesión (11ª de intervención)**

31 de Agosto del 2017

“A” avisó por teléfono que no podría asistir a la sesión, ya que acompañaría a su hermano al médico y no le daría tiempo de llegar a la Asociación.

Mencionó que el domingo 3 de Septiembre vería a sus hijos para plantearles que deben cuidar a su padre 1 domingo cada 3 semanas, cada uno de ellos, proponiéndoles que se turnen entre los 3 hijos que viven en la Ciudad de México. Comentó que lo que ha aprendido en la terapia, junto con lo que las cuidadoras del grupo de apoyo al que asiste en la Asociación le han comentado y lo que una tanatóloga de la misma asociación le ha dicho, fue lo que la llevó a tomar esa decisión.

Se le recordó brevemente lo visto en las sesiones anteriores sobre asertividad y se le dieron recomendaciones: tomar en cuenta los derechos asertivos involucrados (tanto los de ella como los de sus hijos), hablar sobre sus emociones y sobre su estado de salud, así como la técnica del sándwich, con el cual se hicieron ensayos sesiones anteriores.

### **Décimo cuarta sesión (11ª de intervención)**

7 de septiembre del 2017

Esta sesión no se llevó a cabo, ya que el psicólogo que dirige la terapia grupal no podría llegar y les avisó a las cuidadoras que no asistieran a la asociación.

14 de septiembre del 2017

Esta sesión no se llevó a cabo por motivos personales de la terapeuta.

21 de septiembre del 2017

Esta sesión no se llevó a cabo ya que dos días anteriores ocurrió un sismo en la ciudad de México que tuvo consecuencias severas en el transporte e inmuebles de la misma.

28 de septiembre del 2017

Esta sesión no se llevó a cabo ya que la terapeuta se encontraba en labores de voluntariado con personas damnificadas por el sismo.

#### **Décimo cuarta sesión (11ª de intervención)**

5 de octubre del 2017 10:30 am – 12:00 pm.

En dicha sesión, se inició platicando sobre cómo se había encontrado “A” después del tiempo en el que no hubo sesiones. Mencionó que tuvo una crisis la semana anterior durante la terapia de grupo. Se le subió mucho la presión arterial y le dio un calambre en la pierna, posteriormente se le formó un moretón en la cabeza del lado derecho. En la asociación intentaron establecer su presión arterial por medio de acupuntura, sin embargo, no obtuvieron resultados favorables por lo que llamaron a su hija Alicia para que la llevara al hospital, donde pudieron establecer su presión.

“A” menciona que está harta, que no quiere cuidar a su esposo y que ya tomó la decisión de no cuidarlo. Respecto a sus hijos, menciona que uno de ellos se comprometió a cuidar a su esposo durante un fin de semana completo, sin embargo, su hijo argumentó que no pudo ya que su padre estuvo preguntando por “A” y tuvo que regresarlo a su casa.

“A” también mencionó que ya no ha podido ir a sus clases de Tai Chi porque Su esposo no se apura por las mañanas y eso impide que lleguen temprano a la asociación para que ella pueda irse a su clase. Agregó que en ocasiones ha recurrido a su hijo para que le ayude a levantar y llevar a su esposo.

También mencionó que su esposo comenzó a tener problemas de incontinencia urinaria por las noches. Lo que ha ocasionado que durante las madrugadas “A” deba ayudar a su esposo a cambiarse de ropa y a cambiar las sábanas de la cama. Además las discusiones se originan porque él no quiere tomarse sus medicamentos, ni bañarse, ni asistir a la asociación.

“A” reportó que duerme de 30 a 60 minutos más que hace unos meses cuando inició la intervención. Su hija le ha ayudado más con las labores domésticas a raíz de que se lo solicitó y también por la situación de salud de “A” (presenta dolores de cadera, presión arterial alta, dolores de cabeza, náuseas, siente dureza en la quijada y duerme poco).

Se llevó a cabo la TSP, las posibles soluciones que se presentaron fueron: Institucionalizarlo en clínicas de 24/7, sin embargo, menciona que los contras son: la preocupación que siente al pensar que sus hijos tal vez no lo visiten ya que es común que no lo hagan en casa, y ella considera que tampoco lo harán en la institución, la incertidumbre si estará bien cuidado o no en la institución que elijan y que le duele la situación de su esposo, además de la carga emocional de la religión que practica. Asegura que a raíz de sus problemas de salud y la carga física que presenta, la han llevado a considerar ésta opción pensando primero en ella, ya que su vida está en peligro. “A” mencionó que hablará con sus hijos durante esa semana sobre éste punto. Afirma que los pros son que disminuirían las discusiones con Su esposo y a su vez la carga emocional que siente en este momento por éstas. También disminuiría la carga física que le ocasionan las actividades del hogar y de los cuidados a su esposo. Lo que conllevaría a que dormiría más tiempo, y que probablemente su salud se estabilizaría. Se le sugirió

que cuando lo internalice podría evaluar como lo están cuidando y con base en pruebas observables definiera si está bien cuidado o no.

Se le explicó brevemente en qué consiste la activación conductual y que la llevara a cabo cuando ya no cuidara a su esposo. También se agregó que un ejemplo de la modificación de pensamientos es el de ahora pensar en ella primero antes que en su esposo, cuando antes era lo contrario. Contemplando la evidencia que hay a favor de pensar o creer en ello.

También se le ayudó a presentar argumentos para debatir sus ideas irracionales sobre “el matrimonio es para siempre” o “hasta que la muerte nos separe”. Se le preguntó que quien dice o donde está escrito que DEBAMOS soportar, por ser mujer, lo que nuestra pareja nos hace con tal de que no haya divorcio o separación, a lo que ella respondió que en ningún lugar, y que incluso la biblia dice que los hombres y mujeres somos semejantes, y que Jehová no nos hizo para pisotearnos ni para aguantarnos de esa manera. También se le mostró evidencia de que no está abandonando a su esposo porque se está preocupando por donde lo internará y cómo será el lugar y el trato que recibirá, y a su vez tomando en cuenta su situación de salud.

Se le sugirió que realice los ejercicios de respiración que ya sabe hacer (se evaluó previamente), ya que lo aprendió en Tai Chi y en las sesiones de terapia de grupo.

También se le indicó que investigue de varios lugares en los que pueda internarlo para evaluar pros y contras de cada lugar. Y que asistiera al doctor para que le revisaran el moretón que tiene en la cabeza.

### **Décimo quinta sesión (12ª de intervención)**

12 de octubre del 2017

En esta sesión se llevó a cabo la TSP para analizar los pros y contras respecto a internar a su esposo en algún asilo, o bien, contratar a alguna enfermera que pudiera auxiliarla en el cuidado de éste.

“A” concluyó que internarlo en alguna institución era más favorable dada la situación física y emocional en la que se encuentra ella. Las razones principales son que a pesar de que la enfermera le ayudaría, ella aún no podría deslindarse de la responsabilidad del cuidado de su esposo y continuaría cansada, incluyendo la dificultad que su esposo ha presentado últimamente por las noches (incontinencia urinaria) además de que continuarían las discusiones entre ella y su esposo.

“A” mencionó que su nuera padece cáncer de mama y que está en tratamiento de radiación, el cuál es otro factor relacionado con la situación familiar de “A”. Se le indicó que llevara a cabo la TSP de tarea con las demás opciones.

### **Décimo sexta sesión (13ª de intervención)**

19 de octubre del 2017

Se revisaron actividades realizadas de activación conductual, como practicar Tai-Chi, bisutería y salir a predicar. Las cuales no pudo realizar de la manera en que se planeó, solamente realizó bisutería. En cuanto a las otras problemáticas reportadas, se revisaron los avances sobre la toma de decisión, analizando los pros y contras de cada opción planteada se concluyó que internalizaría a su esposo en un asilo de 24/7, el cual no tiene las instalaciones en perfecto estado pero resulta accesible a los costos que puede permitir la familia y el encargado de la institución cuenta con el respaldo de la asociación civil a la que ya asiste.

Se debatieron algunas ideas irracionales sobre la “culpa” de enviar a su esposo al asilo en las que se le planteó como evidencia de que no abandonará a su esposo, sino que lo internara en un lugar donde podrá visitarlo y que incluso cuidarán adecuadamente de él, además de tener la ventaja de evaluar la decisión tomada y en caso de que no sea funcional puede cambiarla.

Posteriormente reportó que aún tenía la presión alta y que no ha podido asistir al médico por falta de tiempo. En la terapia grupal le realizaron un masaje terapéutico y relajación que le ayudaron por un momento. Se le dejó de tarea que registrara los pensamientos irracionales relacionados con el sentimiento de culpa de enviar a su esposo a un asilo.

### **Décimo sexta sesión (14ª de intervención)**

26 de octubre del 2017 11:00 hrs

Ésta sesión se inició un poco tarde porque “A” mencionó que estuvo realizando tareas referentes a un estudio médico que debía hacerse su esposo.

Se llevó a cabo un repaso sobre la psicoeducación sobre TREC. “A” reporta que constantemente discute con su esposo. Se le sugirió alejarse de él cuando éste iniciara alguna discusión, sin embargo se le mencionó que no es la solución, sino que la modificación de pensamientos es la forma más factible de mejorar su calidad de vida.

Se le preguntó cómo realiza el control de la respiración, y explicó que inhala hasta inflar el diafragma como lo hacen los bebés. Se le recomendó que lleve a cabo esa respiración en momentos de estrés o enojo con el objetivo de disminuir sus respuestas fisiológicas.

Posteriormente mencionó que en los primeros años de matrimonio su esposo fue muy agresivo y violento con ella, pero que años después ya no lo era tanto, sin embargo, desde que comenzó la enfermedad volvió a ser agresivo con ella.

Reportó que es debido a su personalidad de antes y no a la enfermedad. “A” menciona que esa agresividad y conductas desagradables son contra ella, por ejemplo, embarrar de heces fecales el baño, orinarse encima de la pijama, golpear la pared, etc. Con esa afirmación se le preguntó que si no creía la posibilidad de que fuera la personalidad de su esposo y no que precisamente fuera contra ella, planteándole también que hay que tomar en cuenta las afectaciones orgánicas que influyen en su comportamiento agresivo.

Se le preguntó cuál de esos pensamientos le funcionaría mejor, a lo que respondió que el de pensar en que es por la enfermedad pero que ella asegura que su esposo está aún muy consciente y que su agresividad contra ella no es por su enfermedad. Se le preguntó que pasaría si él, debido a la enfermedad la desconocía, a lo que ella respondió que ya ha sucedido eso porque se refiere a ella como “hija” y a su hija le pregunta por ella misma. También refiere que con su hija es agresivo y entonces se le cuestionó que si considera que eso lo hace por su enfermedad o por estar contra ella, a lo que respondió “Buena pregunta”. Posteriormente dijo que entonces sí por su comportamiento agresivo es debido a la enfermedad. Se le respondió que entonces es evidencia para considerar que es por la enfermedad.

Después, se le dijo que cuando se moleste por las discusiones con su esposo se cuestione la funcionalidad de su pensamiento, y que tome en cuenta la atención selectiva que le está dando a su relación con su esposo, ya que eso le provoca aún más dificultades.

“A” agregó que en la semana tuvo una discusión con su esposo pero que hasta más tarde comenzó a sentir reacciones fisiológicas, como temblor de brazos y piernas, presión alta, etc. sin embargo, no se percató de cuál era su pensamiento de ese momento. Pero días después al recordar ese suceso, se molestaba con ella misma por haberse puesto así.

Se detectó que un pensamiento recurrente de “A” es que “Su esposo DEBIÓ cambiar su actitud conmigo desde hace muchos años”. Se le sugirió que cambie su pensamiento absolutista por uno de preferencia, sin embargo, “A” se molestó y dijo que el cambiar palabras por sinónimos no sirve de nada. A lo que se le mencionó que el pensamiento absolutista respecto a la conducta de los otros lo único que le provoca es frustrarse porque no por pensarlo o decirlo se conseguirá eso que deseamos, pero si ella lo modifica a un pensamiento de tipo preferencial, el resultado le favorecería. Y que ante pensamientos de tipo “¿Por qué hice eso en el pasado?” los modifique a cuestiones prácticas para el presente y futuro.

Finalmente se le explicaron nuevamente los pasos de la conducta asertiva, para que lo que se ha ensayado lo lleve a la práctica. Mencionó que respecto a las actividades planeadas como parte de la activación conductual para la semana, fue a desayunar con sus amigas y a una boda en la que pudo bailar, ambas le agradaron bastante. Y también reportó los avances para internar a su esposo. Habló con el médico y le mencionó que un requisito es que su esposo vaya unas horas a la semana para que lo conozcan y su esposo a ellos y poder ingresarlo de manera permanente con opción a visitas.

### **Décimo séptima sesión (15ª de intervención)**

02 de noviembre del 2017

No hubo sesión por ser día festivo

### **Décimo séptima sesión (15ª de intervención)**

09 de noviembre del 2017

En esta sesión se evaluaron los pros y contras de las dos instituciones que visitó para internar a su esposo. Agregó que sus hijos decidieron enviar a su esposo hasta el mes de diciembre, cuando su hija que vive en Monterrey los visitaría y que entre todos decidan en donde internarlo. “A” decidió cual es el mejor lugar

para internarlo, tomando en cuenta los factores económicos, de traslado y por el trato que el personal tiene hacia los internados.

Posteriormente se ensayó la conducta de asertividad que aplicaría con su hija que vive en Monterrey, respecto a la relación que lleva con su esposo y con las conductas que él tiene con sus hijas. Se le dio retroalimentación sobre lo realizado en el ensayo y se le dieron recomendaciones. Se le dejó de tarea asistir al médico, ya que ha tenido la presión alta así como un derrame en el ojo y no ha ido a revisarse.

### **Décimo octava sesión (16ª de intervención)**

16 de noviembre de 2017 11:00 hrs

No hubo sesión ya que la usuaria reportó que tenía que ir al ISSSTE por un medicamento controlado de su esposo. Reportó que la siguiente semana cuidaría de su hermano que operarán de los ojos, además de cuidar a su esposo. Se le recomendó solicitar ayuda de sus hijos por la carga de trabajo al cuidar a dos adultos mayores.

### **Décimo novena sesión (16ª de intervención)**

23 de noviembre de 2017 10:00 hrs

“A” mencionó que en la semana operaron a su hermano y por requisitos del hospital, se tuvo que quedar durante la noche para estar pendiente de los cuidados necesarios para él. Agregó que se puso triste porque su hijo no los visitó nunca, ni en el hospital ni en su casa, a pesar de que son vecinos.

“A” lloró y mencionó que su hijo últimamente se comporta de manera fría y grosera con ella y no comprende que sucedió. Se le sugirió que hable con él de manera asertiva, para intentar mejorar la situación y se le plantearon algunos ejemplos de cómo realizarlo.

Posteriormente se le solicitó que contestara las pruebas psicométricas que respondió al principio de la intervención. Se le mencionaron los cambios que se observaron durante la intervención, entre las que se destaca que desarrolló la habilidad de platicar sobre sus problemas con otras personas y que anteriormente ella reportó que no lo hacía.

Como parte de la prevención de recaídas, se realizó un listado de actividades agradables que llevaría a cabo cuando se interne a su esposo en el asilo. "A" se mostraba entusiasmada con las actividades que desea hacer y que actualmente no puede llevar a cabo por su rol como cuidadora, como por ejemplo: salir a predicar, salir con amigas, dormir más tiempo, bisutería, Tai-Chi, entre otras.

Posteriormente, "A" mencionó las conductas desagradables de su esposo y los beneficios que obtendrían al internar a su esposo en el asilo que decidió en sesiones anteriores. También se le dieron recomendaciones sobre la TSP enfocadas en la rectificación de que la solución sea efectiva o no.

Otro cambio que "A" reportó a raíz de la intervención y otros factores ambientales, fue la decisión que tomó sobre internar a su esposo en un asilo. En la misma línea, otro cambio observado fue que desarrolló la habilidad de comunicarse de manera asertiva con sus hijos, conociendo los derechos y la manera de llevarla a cabo.

También se reportó que no se mantuvieron los cambios en las horas dedicadas al sueño, sin embargo, sí hubo una disminución de actividades diarias dedicadas al hogar, con la ayuda de su hija y una señora que apoya con las tareas del hogar. Finalmente, se le recordó que se hará un seguimiento para conocer el avance de la toma de decisión.