



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

Efectos de un taller psicoeducativo sobre los estilos de afrontamiento y los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga de cuidadores primarios de personas con dolor crónico y en cuidados paliativos.

SILVIA LORENA SAUCEDO PRUNEDA

lorie.saucedo.pr@gmail.com

TESIS DE LICENCIATURA

DIRECTORA: MTRA. PSIC. NANCY ELIZABETH RANGEL DOMÍNGUEZ

psicnancyrangel@hotmail.com

REVISOR: DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ

jacvo9@outlook.com

SINODALES:

MTRA. QUETZAL NATALIA GALÁN LÓPEZ

ngalan.psicol@gmail.com

DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ

edgar_landa_ramirez@yahoo.com.mx

DRA. AIME EDITH MARTÍNEZ BASURTO

aimemtzbas@gmail.com

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., , 2020



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

Agradecimientos

Resumen

Introducción

Cap. 1: El cuidador primario informal

1.1 Definición de Cuidador Primario Informal

1.2 Modelos Psicológicos sobre el rol del Cuidador Primario Informal

1.3 El cuidador primario informal del paciente con dolor crónico o en

Cuidados Paliativos

1.4 Impacto en la salud física y psicológica de los cuidadores primarios

1.4.1 Ansiedad

1.4.2 Depresión

1.4.3 Sobrecarga

Cap. 2 Intervenciones dirigidas a Cuidadores Primarios Informales

Cap. 3: Metodología

3.1 Hipótesis

3.2 Participantes

3.2.1 Criterios de inclusión

3.2.2 Criterios de exclusión

3.3 Diseño de investigación

3.4 Variables

3.5 Procedimiento

3.6 Escenario

3.7 Consideraciones bioéticas

3.8 Análisis estadístico de los resultados

Cap. 4: Resultados

4.1 Descripción de los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga

4.2 Análisis de comparación de los niveles de las variables antes y después del taller

4.3 Descripción de los estilos de afrontamiento de los CPIs

4.4 Comentarios de cuidadores respecto al taller

Cap. 5: Discusión

5.1 Limitaciones y Recomendaciones futuras

5.2 Fortalezas del estudio

Referencias

ANEXO

A. Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

B. Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit - M

C. Brief COPE-28

D. Resumen ejecutivo del taller

Agradecimientos

Gracias a la beca que me fue otorgada por la UNAM y la Secretaría General, para el proceso de la realización de mi proyecto de tesis. A la Mtra. Nancy Rangel, la mejor directora de tesis que pude elegir, ya que, con su guía, su ayuda y sus comentarios muy acertados se pudo completar este trabajo.

Gracias a todas las sedes hospitalarias donde se me permitió brindar este taller, al interés mostrado por los cuidadores y al apoyo de mi co-tallerista Ingrid Salazar. Sin ustedes, no habría podido tener una de las mejores experiencias de mi carrera, ni entender la importancia de los psicólogos en el ambiente hospitalario.

Gracias a mi familia. A mi padre, Gustavo Saucedo, por haberme dado la inspiración de realizar este estudio; a mi madre, Silvia Pruneda, por el apoyo y la motivación que me brindó cada día para poder realizar mi tesis; a mi hermana, Ana Karem Saucedo, por siempre ser quien me escuchaba y motivaba a seguir adelante; y a mi tía Maribel Saucedo, por ser la cuidadora de muchos familiares hasta su último día, sin sus cuidados, la familia no habría podido seguir adelante.

Resumen

Ser un cuidador primario informal (CPI) representa una fuente de estrés que conlleva depresión, sobrecarga y problemas en la salud (Alfaro-Ramírez et al., 2008). Así mismo, el cuidador primario informal termina convirtiéndose en otro paciente, dependiendo del estilo de afrontamiento y estrategias que utilice, debido a los descuidos en las conductas de autocuidado (Sánchez Martínez, 2019). Por tanto, se hace notable la necesidad de contar con intervenciones para los CPI de pacientes con enfermedades crónicas que les doten de herramientas para afrontar mejor las situaciones que enfrentan. Se evaluó el efecto de una intervención psicoeducativa grupal basada en la Terapia Cognitivo Conductual sobre la sintomatología ansiosa, depresiva y de sobrecarga de CPI de pacientes con dolor crónico o en Cuidados Paliativos y conocer las estrategias de afrontamiento de los CPI. La intervención se les brindó a 21 cuidadores primarios informales de pacientes de la clínica de dolor y cuidados paliativos y consistió en una sesión de cuatro horas. Con los resultados se realizó una prueba t-Student para muestras relacionadas, comparando los niveles de sintomatología previos y posteriores a la intervención. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. Sin embargo, se observaron cambios estadísticamente significativos en los niveles de sintomatología de sobrecarga. Así mismo, se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la aceptación y el afrontamiento activo. Al observar estos resultados, podemos concluir que este tipo de intervenciones son favorables para la mejora de los niveles de sobrecarga de los CPI.

Palabras clave: Cuidador Primario Informal; Afrontamiento; Ansiedad; Depresión; Sobrecarga; Intervención psicoeducativa.

Introducción

Hoy en día la expectativa de vida ha incrementado considerablemente, cada vez hay más personas mayores de 65 años. Como parte del envejecimiento de la población, el patrón de las enfermedades que presenta la gente y por las cuales muere, también cambia. Cada vez más frecuentemente, las personas mueren a edades más avanzadas debido a enfermedades crónicas graves que conllevan un rango amplio de problemas físicos, psicológicos y sociales. En la actualidad, nuestros sistemas de salud no se encuentran preparados para tratar la gran cantidad de pacientes con estas necesidades. Por esta razón, los pacientes necesitan de un cuidador que pueda apoyar en los cuidados que implica padecer una enfermedad crónica o crónica avanzada. Esto incluye garantizar un buen control de dolor y síntomas, comodidad, comunicación sensible, información clara y un paquete de atención coherente (World Health Organization [WHO], 2004). El cuidado les permite a los pacientes vivir tan activamente como les sea posible hasta la muerte (Palma et al., 2010). Sin embargo, se ha encontrado en investigaciones anteriores, que el cuidador primario informal (CPI) termina convirtiéndose en otro paciente, debido a los descuidos propios como saltarse comidas, no dormir hasta sentir que ha descansado completamente, no pedir apoyo cuando lo necesitan, entre otros factores de riesgo del autocuidado. Dado que este tipo de cambios ha hecho que el cuidado familiar informal sea una experiencia típica, es comprensible que sus impactos económicos, sociales y psicológicos se conviertan en áreas de gran interés para la investigación desde hace casi 30 años (Pearlin y colaboradores, 1990). El objetivo de esta investigación fue medir los efectos de un taller psicoeducativo sobre los niveles de la sintomatología de sobrecarga, ansiedad y depresión tomando en cuenta también los estilos de afrontamiento de los Cuidadores Primarios Informales (CPI).

CAPÍTULO 1: EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

1.1 Definición De Cuidador Primario Informal

Como se mencionó, debido a la gran demanda que implican las enfermedades crónicas para el sistema de salud, las familias han implementado el apoyo de alguna persona cercana al paciente para llevar los cuidados necesarios en casa. En nuestro país, la familia constituye un pilar básico, por esto generalmente el cuidado de la salud corresponde en mayor o menor medida a ésta. Sin embargo, también vecinos o amigos pueden realizar el rol del cuidador. De acuerdo con la Ley General de Salud, el artículo 166 BIS de (Diario Oficial de la Federación, 2014), se describe al cuidador primario como la persona que encabeza el cuidado del paciente y el enlace del equipo de cuidados paliativos con el paciente y el resto de la familia. Para esta investigación se entiende como Cuidador Primario Informal a aquella persona, amigo o familiar que se encarga de los cuidados de una persona enferma sin contar con capacitación formal ni recibir sueldo.

Debido a que la mayoría de los cuidadores ven el cuidado como una muestra de afecto, les es muy importante realizarlo de la mejor manera posible y esto les puede generar malestar al pensar que no están realizando un buen trabajo. Algunos autores como Alfaro-Ramírez et al. (2008), mencionan que la experiencia del cuidado generalmente conlleva sufrimiento, sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre los cuidados que proveen a sus familiares.

1.2 Impacto Del Rol Del Cuidador Primario Informal

El término estrés se utiliza para nombrar estados emocionales ante situaciones que generan malestar en la persona (Padrón Garduño, 2018). Como se ha señalado en la literatura, el cuidar de un ser querido conlleva un alto nivel de estrés para los cuidadores, que puede llevar a consecuencias negativas como depresión, aislamiento, sobrecarga y problemas en la salud. Sin embargo, cada cuidador lo vive de diferente manera ya que tiene diferentes habilidades para afrontar la situación (Haley et al., 1987). Estas habilidades

dependen del estilo de afrontamiento que utilizan los cuidadores primarios informales y les ayuda a percibir de manera un poco más estable su entorno (Rodríguez et al., 2017). Es por esto, que varios investigadores consideraron necesario estudiar y crear modelos para describir el proceso de adaptación al estrés entre los cuidadores primarios. Algunos de estos modelos han retomado la propuesta de Lazarus y Folkman, quienes en 1984 crearon un modelo que consideraba las variables mediadoras, incluidas las evaluaciones, las respuestas de afrontamiento y el apoyo social para poder predecir el resultado del estrés.

Tomando como base el modelo mencionado, Pearlin et al. (1990) describieron los componentes del estrés en los cuidadores para conocer cómo surgen estas condiciones y cómo se relacionan entre sí. Encontraron cuatro dominios principales que componen el proceso del estrés en los cuidadores primarios informales: los antecedentes y el contexto del estrés; los estresores; los mediadores y los resultados o manifestaciones del estrés.

Posteriormente, Fletcher et al. (2012) realizaron un estudio donde resumieron todas las variables relacionadas con el estrés en los CPI de pacientes con algún diagnóstico de cáncer, descritas en la literatura especializada entre el año 2000 hasta el 2010. El modelo que describieron se compone por tres elementos principales: 1) el proceso del estrés, 2) los factores contextuales, y 3) la trayectoria del cáncer. En el primero, los autores hacen énfasis en el modelo de Weitzner del año 2000, el cual contiene características clave tanto del modelo de Lazarus y Folkman como del modelo de Pearlin. La estructura básica consiste en estresores primarios y secundarios, mediadores y moderadores, y el bienestar del cuidador. Sin embargo, en el modelo de Fletcher et al. (2012), se muestra la estructura modificada con cinco constructos: estresores primarios, estresores secundarios, evaluación, respuestas cognitivas- conductuales, y resultados de salud y bienestar.

Los estresores primarios son considerados eventos o sucesos que inician el proceso del estrés y son derivados directamente de las necesidades del paciente y de la naturaleza y magnitud de la atención que demandarán estas necesidades. Es probable que los estresores graves o crónicos, generen otros estresores (Pearlin et al., 1990). Algunos ejemplos de estresores primarios son el estado cognitivo y los problemas conductuales del paciente, junto

con el nivel de vigilancia y trabajo que requieren esas conductas problema, y el nivel de dependencia del paciente, así como el nivel de sobrecarga que presenta el cuidador. En los pacientes que se encuentran en alguna fase terminal y son de edad avanzada, es muy común que lleguen a experimentar un estado de delirium. Y es así como sus cuidadores se llegan a asustar o preocupar cuando observan a sus seres queridos hablando con algún familiar fallecido o no reconocen la situación en la que se encuentran. Incluso, en el aspecto conductual, los familiares enfermos pueden mostrarse muy agresivos y rechazar los cuidados especiales que tienen, como las dietas o el apoyo para las necesidades básicas que les brindan los cuidadores, lo cual hace más pesada la tarea de cuidar.

Mientras que los estresores secundarios, también conocidos como efectos indirectos, son todos los factores estresantes que van a surgir en aspectos de la vida que originalmente no formaban parte del cuidado, sin embargo, a lo largo del tiempo se ven afectados. Algunos ejemplos de estresores secundarios son los cambios observados en la dinámica familiar, como los roles y tipo de relaciones, problemas en el área laboral y en el aspecto económico, cambios en el autoconcepto, la fatiga y el cambio en los horarios y actividades del cuidador (Fletcher et al., 2012). Los cuidadores de pacientes con dolor o alguna enfermedad crónica, generalmente se ven forzados a pedir constantemente permisos en sus trabajos para poder llevar a sus familiares a las consultas médicas y no siempre se encuentran con un jefe comprensivo. Muchos han mencionado haber perdido sus empleos y con ello, la posibilidad de pagar los medicamentos necesarios para sus familiares. De la misma manera, se observan los cambios en la dinámica familiar. Un ejemplo sería cuando la hija se ve obligada a tomar el rol de mamá/cuidadora encargándose de apoyar a alguno de sus padres para realizar las necesidades básicas como bañarse, ir al baño o comer; aquí observamos un cambio en los roles.

El tercer constructo dentro del modelo de Fletcher et al. (2012) es la evaluación de estrés o evaluación cognitiva. Se refiere al proceso individual a través del cual un individuo determina el nivel de significancia de un estresor para sí mismo. Este proceso también se menciona en el modelo de Lazarus y Folkman (1991) y se compone de dos valoraciones: la

valoración primaria, compuesta por cuatro modalidades (valoración de la amenaza, del desafío que presenta, evaluación de pérdida o posibles daños, y valoración del beneficio); y valoración secundaria, a través de la cual se determinará qué acciones deberá realizar el individuo para poder enfrentarse al estresor y cómo percibe sus recursos o habilidades de afrontamiento. Por ejemplo, no será igual el nivel de estrés que cause cuidar de un familiar en cuidados paliativos para una persona con tiempo libre, recursos y energía, que, para una persona con trabajo de tiempo completo, sin recursos económicos y con artritis o alguna enfermedad que le limite su movilidad.

Las respuestas cognitivas-conductuales se refieren a todos los procesos de pensamiento y a las acciones que se generan en respuesta a la evaluación de la situación (Fletcher et al., 2012). Generalmente, estas respuestas se refieren a las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores. El afrontamiento es un proceso a través del cual las personas logran manejar el estrés (Cooper et al., 2008). Existen diferentes dimensiones o estrategias de afrontamiento. Algunas son la reestructuración cognitiva, aceptación, humor, distracción, negación, racionalización, recurrir a la religión, planeación, solución de problemas, expresión emocional, uso del alcohol o de drogas, evitación, entre otras (Fletcher et al., 2012). Evaluar las estrategias de afrontamiento de los cuidadores resulta de suma importancia ya que nos permite diseñar tratamientos más efectivos.

Finalmente, el quinto constructo, se centra en términos generales de calidad de vida como el ajuste marital, las respuestas ante el duelo y la salud mental, salud física (Fletcher et al., 2012).

Weitzner et al. (2000) mencionan que los CPI llegan a presentar un menor funcionamiento de su sistema inmunológico, respuestas alteradas a las vacunas de influenza, un proceso de curación más lento, aumento en la presión arterial y perfiles lipídicos alterados. No obstante, no sólo se observan consecuencias negativas, Fletcher et al. (2012) se centra también en efectos o consecuencias positivas como crecimiento personal, satisfacción, mejora en la intimidad y un sentido de significado de la vida. Lo cual es importante, ya que se demuestra que un estímulo estresante no necesariamente va a tener consecuencias negativas.

Evaluaciones positivas y estrategias de afrontamiento efectivas pueden llevar a una persona a experimentar consecuencias positivas.

Referente a los factores contextuales, se refiere a todas aquellas características personales situacionales anteriores al diagnóstico del paciente (como la edad, género y personalidad del cuidador, el apoyo social y la calidad de la relación entre paciente y cuidador), y a las características contextuales a nivel del sistema de salud. Se consideran como un constructo separado ya que pueden llegar a influir enormemente en los cuidadores y en el cuidado (Fletcher et al., 2012). Un ejemplo lo vemos en características como el género ya que hay mayores expectativas, normas sociales y maneras de responder al estrés dependiendo del género del cuidador.

El tercer elemento importante a considerar dentro de este modelo es la trayectoria del cáncer o trayectoria de la enfermedad. Cada enfermedad crónica pasa por procesos únicos y diferentes, sin embargo, vale la pena considerarlos como parte del modelo ya que de esto dependen las diferentes posibles respuestas observadas. Un ejemplo que nos pone Fletcher et al. (2012) es la trayectoria por la cual pasa una persona con cáncer. Esta trayectoria se divide en dos posibles caminos: el primer camino es cuando todavía hay opción de tratamiento, la persona va a sus consultas médicas, pasa por el tratamiento, después son unos meses donde revisan las mejoras y finalmente llega al proceso de remisión donde están libres del cáncer; el segundo camino se da cuando el paciente no es apto para someterse a tratamiento y entra a la unidad de cuidados paliativos donde hay un acompañamiento hasta que la persona finalmente fallece. Cada camino viene con su propio proceso de adaptación a la enfermedad, por lo que tanto los pacientes como sus cuidadores, se ven envueltos en una “montaña rusa de sentimientos” diferentes que modifican su calidad de vida. No es el mismo nivel de estrés que tiene un cuidador al inicio de un tratamiento que después de varias sesiones de este, cuando ya tienen informes de la mejoría y están acostumbrados a cómo funciona el proceso.

1.3 El Cuidador Primario Informal Del Paciente Con Dolor Crónico O En Cuidados Paliativos

En su estudio, Mosquera Metcalfe et al. (2019) mencionan que el rol del cuidador primario informal generalmente se desempeña por mujeres mayores de 50 años, casadas, con estudios básicos, que habitualmente son la hija o cónyuge de la persona enferma. A menudo, las cuidadoras se ven obligadas a reorganizar su vida en función de las necesidades de su ser querido enfermo, afectando así a su salud física, mental y emocional, así como su calidad de vida (Mosquera et al., 2019).

Considerando lo cotidiano que es cuidar de un ser querido, difícilmente parecería ser una fuente de estrés. Sin embargo, como se ha mencionado en trabajos clásicos dentro de este concepto como el de Pearlin et al. (1990), bajo otras circunstancias, como el dolor o las enfermedades crónicas, el cuidado de un familiar pasa de ser un intercambio ordinario de atenciones entre seres queridos, a ser una carga extraordinaria que no se encuentra distribuida de manera equitativa entre el cuidador y el familiar enfermo.

La discapacidad que llega a tener una persona con alguna enfermedad crónica degenerativa va a llevar al paciente a depender de otros para satisfacer sus necesidades básicas, lo cual hace necesario que se haga una profunda reestructuración de la relación previamente establecida. Por lo tanto, se observa que el cuidado, que anteriormente podría haber sido únicamente un componente fugaz dentro de la relación entre el familiar enfermo y su cuidador ahora es el componente principal y el más dominante (Pearlin et al., 1990).

Además del impacto positivo que tiene el papel del cuidador primario en la vida del paciente, Padrón Garduño (2018) menciona el gran impacto dentro del sistema de salud, tanto público como privado, ya que se ha observado una disminución del gasto público. A pesar de esto, el cuidador no se encuentra exento de dificultades económicas ya que debido al cuidado que brinda, se ve obligado a pedir permisos para faltar al trabajo y los gastos de los medicamentos son muy elevados (Menichetti et al., 2011).

No obstante, las actividades del cuidador primario informal no incluyen únicamente los cuidados relacionados con el malestar de la enfermedad. Las tareas del cuidado que

realizan los cuidadores primarios informales se dividen en cuatro categorías: cuidados sanitarios, cuidado instrumental, acompañamiento y vigilancia, y apoyo emocional y social. La primera categoría se refiere a las tareas básicas de vestirse, comer, asearse, entre otras. La segunda categoría hace referencia a las tareas del hogar, controlar la toma de medicamentos y manipular objetos y utensilios. En cuanto a la tercera categoría, el cuidador acompaña al familiar enfermo a sus estudios, citas médicas y reuniones. Finalmente, en la cuarta categoría entran todas las conductas con las cuales el paciente se sienta comprendido, apoyado, escuchado y querido (Ramos y Figueroa, 2008).

1.4 Impacto En La Salud Física Y Psicológica De Los Cuidadores

Primarios

Las actividades de cuidado pueden ser muy estresantes porque se da un involucramiento emocional directo con un miembro de la familia que sufre. Mientras más tiempo se invierte en el cuidado, el cuidador sacrificará sus propios recursos y actividades. Desde los años sesenta la literatura reportó los efectos dentro de la familia al tener algún integrante con alguna enfermedad psiquiátrica y posteriormente se decidió estudiar con otro tipo de pacientes (Alfaro-Ramírez et al., 2008).

Hoy en día sabemos que la experiencia de cuidar de un ser querido con un diagnóstico de enfermedad crónica implica sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre los cuidados que se le están dando al familiar (Alfaro-Ramírez et al., 2008). En estudios anteriores se encontró que entre 46 y 59% de los familiares que son cuidadores primarios de sus seres queridos están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para la depresión, la ansiedad y el insomnio tres veces más que el resto de la población (Alfaro-Ramírez et al., 2008). Koyanagi et al. (2018) mencionan en su estudio como actualmente una de cada cuatro personas cumple el rol de cuidador primario informal, y la mitad de estos cuidadores probablemente habrán cumplido un período de 20 horas de cuidado a la semana en algún punto de su vida.

De la misma manera, Mosquera Metcalfe et al. (2019), encontraron tanto en hombres como mujeres, dedicados a ser cuidadores primarios informales, una mala salud física y mental percibida, problemas en las dimensiones de ansiedad/ depresión y dolor/ malestar, así como problemas en su calidad de vida relacionada con la salud. La salud del CPI es de vital importancia. Un ejemplo sería que la depresión en los cuidadores primarios informales usualmente lleva a tener que institucionalizar al pariente con la enfermedad, lo cual termina siendo un gran costo tanto a nivel personal como a la sociedad. De la misma manera, malas condiciones físicas y de salud mental, del cuidador primario informal se han asociado con una conducta dañina del cuidador informal, lo cual, a su vez, daña al pariente enfermo (Koyanagi et al., 2018).

Dentro de las implicaciones en la salud física, se puede observar que la mayoría de los cuidadores además de presentar alguna enfermedad, como diabetes o hipertensión, antes de convertirse en cuidadores, la falta de conductas de autocuidado los lleva a convertirse posteriormente en un segundo paciente, como se mencionó anteriormente (Laryionava et al., 2018). Al momento de cuidar de su familiar, debido a falta de tiempo o economía, los cuidadores se ven en la necesidad de faltar a sus citas médicas, no tomar sus medicamentos según indicación médica ni seguir dietas específicas por estar pendiente de las necesidades de sus pacientes. Ramírez Martínez (2019) reportó que tanto las conductas relacionadas con el descanso, la actividad física y la expresión de las emociones son las conductas de autocuidado menos realizadas por los cuidadores primarios. Así mismo, el estrés del cuidado ha sido asociado con 1.63 veces más riesgo de muerte para el cuidador primario informal. El estrés puede aparecer no sólo por el acto de cuidar a alguien, sino también por los costos asociados con la prestación de atención y el costo financiero de la pérdida de horas de trabajo (Koyanagi et al., 2018).

En su investigación, Nicolaz et al. (2012) observaron que uno de los trastornos presentes y que conlleva al surgimiento de alteraciones emocionales, como ansiedad y depresión, es el estrés ante la incertidumbre que desencadena el no saber el rumbo de la enfermedad. Al mismo tiempo, la depresión y ansiedad hacen que los cuidadores no asistan a

tiempo a los servicios de salud; causando que estos trastornos se conviertan en algo crónico, como ya se ha mencionado.

1.4.1 Ansiedad

La ansiedad es la reacción del cuerpo al estrés que puede ocurrir incluso si no hay una amenaza actual. Involucra un sentimiento persistente y constante de aprensión o temor que no desaparece, y que interfiere con cómo uno vive su vida (National Institute of Mental Health [NIMH], 2018). Freeman y DiTomasso (2004) mencionan también los procesos cognitivos, ante la ansiedad, centrados en la creencia de que la persona se encuentra constantemente en estado de vulnerabilidad ante diversos peligros (Freeman y DiTomasso, 2004). Pagnini et al. (2010) encontraron que la severidad del padecimiento del paciente está directamente relacionada con la sobrecarga, ansiedad y depresión del cuidador. Así mismo, hablaron de la probabilidad de que el sufrimiento que presentan los cuidadores debido a la pérdida de funciones de sus familiares, lo lleguen a expresar con un aumento en sus niveles de ansiedad y con problemas somáticos.

Algunos cuidadores mencionan experimentar una preocupación constante por el bienestar de su familiar. Un ejemplo de ello es que los cuidadores han notado tener un sueño muy ligero y despertarse con cualquier ruido por si su familiar necesita de su asistencia para ir al baño, tomar agua o acomodarse en la cama. Durante el día, no les es posible sentarse y relajarse por tener en mente las actividades que tienen que realizar o por estar pensando en alternativas para mejorar la comodidad de sus familiares. En el estudio de Pérez-Ordoñez et al. (2016) se menciona que la ansiedad del CPI está relacionada con el nivel de dependencia de su familiar, la carga percibida y las estrategias de afrontamiento que son disfuncionales. En cuidadores de pacientes con un diagnóstico de cáncer avanzado, además de estas variables también se incluyen los factores sociodemográficos de los cuidadores y las características del paciente que cuiden. Concluyeron que las estrategias de afrontamiento modifican los niveles de ansiedad de manera que, las estrategias enfocadas en la emoción

ayudan a la disminución en los niveles de ansiedad; las estrategias enfocadas al problema no se encuentran relacionadas significativamente con los niveles de ansiedad de los cuidadores y las estrategias disfuncionales generalmente se ven relacionados con un mayor nivel de ansiedad, entonces, una intervención para modificar los niveles de ansiedad en los cuidadores deberá estar relacionada con las estrategias de afrontamiento que utilicen los cuidadores.

1.4.2 Depresión

La depresión es un desorden del estado de ánimo que causa síntomas angustiosos que afectan como uno se siente, piensa, y sobrelleva sus actividades diarias, como dormir, comer o trabajar (National Institute of Mental Health [NIMH], 2018). Los síntomas pueden ser emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos entre los que se encuentran un estado de ánimo abatido o decaído, irritabilidad, pensamientos y sentimientos de culpa, pérdida del interés y/o placer, así como aislamiento social, entre otros (Alberdi et al., 2006). Alfaro-Ramírez y su equipo de trabajo (2008) encontraron que la mayoría de los cuidadores evaluados, reportaron sintomatología depresiva, como problemas de sueño, fatiga, tristeza, llanto, irritabilidad y dificultad para concentrarse. Otro hallazgo importante que mencionan es que, al entrevistar a sus participantes, el 50% de los cuidadores cubrieron los criterios para desarrollar depresión clínica o para presentar un episodio depresivo mayor. Otro aspecto importante, es el hecho de que los cuidadores al no contar con suficiente tiempo para realizar sus actividades dejan de realizar sus actividades recreativas, dejan de realizar ejercicio y comienzan a aislarse de sus amistades, contribuyendo a la probabilidad de presentar depresión. Muchos de los cuidadores entrevistados mencionaron sentirse tristes la mayor parte del tiempo y presentaban llanto fácil cada que se les pedía que hablaran de su experiencia, haciendo de suma importancia contar con intervenciones dedicadas a la disminución de la sintomatología depresiva.

1.4.3 Sobrecarga

El término sobrecarga hace referencia al conjunto de problemas físicos, sociales, mentales y económicos que llegan a padecer personas que fungen como cuidadores primarios de personas enfermas, mismos que repercuten sobre sus actividades diarias, su intimidad, sus relaciones sociales, libertad y equilibrio emocional (Ramírez, 2019). Camacho Estrada et al. (2010), describen en su estudio la clasificación de la sobrecarga que experimenta el cuidador primario. La sobrecarga se va a dividir en objetiva y subjetiva; la sobrecarga objetiva hace referencia al desempeño de las tareas del cuidado, por ejemplo, bañar al paciente o alimentarlo, que implican un cambio en la vida del cuidador; mientras que la sobrecarga subjetiva hace referencia a las actitudes y emociones que llegan a surgir por desempeñar este rol, como angustia, sentimientos de abandono, ansiedad y depresión. Alfaro-Ramírez et al. (2008) encontraron un alto nivel de sobrecarga tanto en cuidadores de pacientes con dolor crónico como en pacientes paliativos, también, documentaron que la sobrecarga tenía una correlación positiva y estadísticamente significativa con las variables de ansiedad y depresión. Adelman et al. (2014) enlistan los factores de riesgo para presentar sobrecarga que están presentes en la vida de los cuidadores. Dentro de éstos mencionan ser mujer, tener pocos logros educativos, vivir con el paciente, tener depresión, aislarse socialmente, tener dificultades económicas, muchas horas dedicadas al cuidado del paciente y no haber podido decidir si querían ser cuidadores o no. De la misma manera, hicieron un metaanálisis para resumir los efectos que tienen las intervenciones en la sobrecarga de los cuidadores, encontrando una disminución, aunque no significativa, en los síntomas de sobrecarga gracias a intervenciones grupales donde se daba psicoeducación (Adelman et al., 2014). Finalmente, se muestra nuevamente la importancia de contar con intervenciones que no sólo modifiquen los niveles de sobrecarga en los CPI, sino que trabajen simultáneamente en la disminución de los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga para notar una mejora en la calidad de vida del CPI y del familiar a su cuidado.

CAPÍTULO 2: INTERVENCIONES DIRIGIDAS A CUIDADORES PRIMARIOS

INFORMALES:

Frambes et al. (2017) realizaron una revisión sistemática de varias intervenciones que se habían realizado con los cuidadores primarios de pacientes con cáncer, desde 1947 al 2011, y encontraron que la mayoría de los estudios estaban enfocados en mejorar sus habilidades como cuidadores, ya sea a través de la psicoeducación sobre el paciente con cáncer, en la mejora de sus habilidades de comunicación, de solución de problemas o para hacerle frente a la situación; y muy pocos estaban enfocados en mejorar las respuestas emocionales que conlleva el cuidar de un familiar con cáncer. Dentro de esta investigación, mencionaron la falta de precisión para evaluar los tipos y cantidad de actividades que realizaban los cuidadores. De la misma manera, mencionan la falta de información pertinente sobre el impacto físico, psicológico y social de las actividades que realizan, por lo que no se entiende claramente el impacto de las intervenciones.

A la luz de la evidencia, se va haciendo más notable la necesidad de contar con intervenciones para los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas para enseñarles a lidiar con el estrés que genera el cuidar de un ser querido y así prevenir que se conviertan en segundos pacientes. Akkerman y Ostwald (2004) mencionan en su estudio las intervenciones basadas en técnicas cognitivo conductuales y hacen énfasis en las mejoras observadas en los cuidadores primarios tanto en los síntomas como insomnio como en la disminución de la sintomatología ansiosa.

Fambres et al. (2017) realizaron una revisión sistemática de las intervenciones realizadas a cuidadores primarios informales entre el 2009 y 2016, encontrando tres principales tipos de intervenciones de apoyo para los cuidadores, validadas científicamente, que se han mostrado más efectivas. Entre estas intervenciones, se encuentran las intervenciones dirigidas al desarrollo de habilidades, como habilidades de solución de problemas. La terapia de solución de problemas es una intervención psicológica, cognitivo-conductual, que aspira a mejorar la capacidad de enfrentarse a estresores y a reducir los problemas de salud mental y física. Este tipo de terapia tiene dos objetivos: el primero,

adoptar una visión positiva de la propia eficacia que admita que los problemas son ocurrencias vitales normales; y el segundo, implementar conductas concretas que permitan la regulación emocional y la solución planificada de los problemas (Nezu y D’Zurilla, 2014). Nezu y D’Zurilla (2014) nos describen cuatro habilidades necesarias para solucionar problemas de manera planificada: definir y formular el problema, generar alternativas de solución, tomar decisiones e implementar y verificar los resultados de la solución.

Rangel et al. (2013), realizaron una intervención basada en la terapia de solución de problemas, dirigida a cuidadores primarios de pacientes con cáncer, y se encontraron que después de la intervención los CPI contaban con mayores niveles de conocimiento sobre los recursos de la comunidad, un aumento en las habilidades para solucionar problemas, reducción de los reportes de tensión emocional, entre otros resultados positivos.

Así mismo, Sánchez Martínez (2019) realizó un estudio con cuidadores primarios informales de la clínica de dolor y cuidados paliativos del Hospital General “Gea González” donde resaltó el nivel de sobrecarga y la sintomatología ansiosa y depresiva que llegaban a presentar los cuidadores. En una muestra de 44 cuidadores, encontró que presentaban niveles de sobrecarga que iban desde 23 puntos, clasificado como ausencia de sobrecarga, a 56 puntos, clasificado como sobrecarga intensa. En cuanto a la sintomatología ansiosa, una porción significativa del grupo estudiado presentó sintomatología grave; y, finalmente, en cuanto a la sintomatología depresiva, encontró que la mayoría presentaba un nivel leve, sin embargo, con sintomatología que se podía llegar a clasificar como sintomatología moderada o grave. Al final de su estudio, menciona la importancia de contar con intervenciones que se dirijan a fomentar estrategias de afrontamiento centradas en el problema y conductas de autocuidado para mejorar la salud física y psicológica de los cuidadores.

Padrón-Garduño (2018) evaluó los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios antes y después de un taller psicoeducativo donde se les enseñó a las cuidadoras cómo realizar reestructuración cognitiva y se les enseñó técnicas en solución de problemas. Al finalizar su investigación, encontró que las CPI lograron modificar su estilo de afrontamiento enfocado en la emoción a un estilo de afrontamiento enfocado en el problema y en la

modificación del ambiente, a través de la interacción y el apoyo que tengan con otras personas.

Lee et al. (2019) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis de las intervenciones efectivas para mejorar la calidad de vida relacionado a la salud de los cuidadores primarios de personas con demencia. Revisaron en total 26 ensayos controlados aleatorios que se publicaron desde el 2015 hasta el 2017, tomando en cuenta su contenido, el modo y el tiempo de aplicación de la intervención y se analizó el riesgo de sesgo de cada uno de los estudios. Encontraron que las intervenciones más efectivas en mejorar la calidad de vida del cuidador, respecto a su salud, fueron las intervenciones con múltiples componentes, las intervenciones basadas en terapia cognitiva- conductual y la terapia complementaria de medicina alternativa.

Al realizar esta revisión de la literatura, se pueden concluir 3 puntos importantes:

1. Son necesarias las intervenciones basadas en el modelo cognitivo conductual, que han mostrado mayor eficacia que otras intervenciones como se muestra en los antecedentes del presente estudio, dirigidas a CPI de pacientes con enfermedades avanzadas y terminales que favorezcan el autocuidado de esta población.
2. Las intervenciones necesitan estar enfocadas en la mejora del CPI tanto a nivel físico como psicológico, ya que se han reportado altos niveles de sobrecarga, ansiedad y depresión.
3. Las intervenciones deberán buscar modificaciones a nivel social, como la búsqueda de apoyo o el uso de sus redes de apoyo para poder mejorar la calidad de vida de los CPI.

Por esto, es necesario realizar este estudio donde se pueda evaluar los efectos de una intervención a la población de Cuidadores Primarios Informales. En el presente trabajo se busca evaluar el efecto de una intervención psicoeducativa grupal basada en la Terapia Cognitivo Conductual sobre la sintomatología ansiosa, depresiva y de sobrecarga de CPI de

pacientes con dolor crónico o en Cuidados Paliativos y conocer las estrategias de afrontamiento de los CPI.

Como objetivos específicos se busca:

- 1) Evaluar y describir el estado de salud psicológica (tomando en cuenta la sintomatología ansiosa, depresiva, sobrecarga y estilos de afrontamiento) de Cuidadores Primarios Informales de pacientes con dolor crónico y/o en cuidados paliativos
- 2) Comparar el nivel de ansiedad presente en los participantes, antes y después de la intervención.
- 3) Comparar el nivel de depresión presente en los participantes, antes y después de la intervención.
- 4) Comparar el nivel de sobrecarga presente en los participantes, antes y después de la intervención.
- 5) Evaluar el estilo de afrontamiento predominante en los participantes.

CAPÍTULO 3: MÉTODO

3.1 Hipótesis:

Posterior a participar en el taller psicoeducativo “Mejora tus días, cuídate” los cuidadores primarios informales presentarán menor sintomatología de sobrecarga, ansiedad y depresión. Se observarán mayores mejoras en Cuidadores Primarios Informales con un estilo de afrontamiento enfocado en la emoción.

3.2 Participantes

Se brindó el taller a 79 Cuidadores Primarios Informales de pacientes con dolor crónico o que reciben atención en servicios de cuidados paliativos de siete sedes hospitalarias que acudieron a un taller para CPI titulado “Mejora tus días, cuídate” ofrecido por la División de Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. (ver Tabla 1). Del total de participantes, 64 contestaron la evaluación previa al taller y de ellos, sólo 21 (30.47%) concluyeron las evaluaciones pre y post intervención, por tanto, fueron considerados en el análisis de resultados que se presenta más adelante.

Entre las causas que motivaron a que los participantes no realizaran las evaluaciones necesarias se encuentra que los participantes tuvieron que salir antes de concluir el taller para acompañar a citas médicas a sus familiares, que el taller se traslapara con el horario de visita a sus familiares que se encontraban internados o que tuvieron que salir antes para recoger a sus hijos de la escuela, entre otras.

Los participantes fueron principalmente mujeres, dedicadas al hogar, con edades entre los 20 y 80 años, hijas de los familiares a los que cuidaban, casadas y solteras, con una escolaridad a nivel licenciatura y católicas (véase Tabla 2).

3.2.1 Criterios De Inclusión

Participantes mayores de 18 años, que participaran en el taller para cuidadores primarios informales a cargo de la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor del Hospital Gea.

3.2.2 Criterios De Exclusión Y Eliminación

Los criterios de exclusión fueron que los participantes no hablaran o comprendieran el español y finalmente, como criterio de eliminación se consideró que el participante no terminara el taller psicoeducativo o bien no contestara alguna de las evaluaciones del mismo.

Tabla 1

Sedes hospitalarias en las que se impartió el taller “Mejora tus días, cuídate”

Sede Hospitalaria	Fecha de aplicación	Número de participantes	Número de participantes que concluyeron el taller
Centro de Salud T-III Portales	30 de agosto	8	4
Asociación Mexicana de Sobrevivientes al Cáncer Oncoayuda A.C.	31 de agosto	11	9
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”	6 de septiembre	12	8
ISSSTE Hospital Regional de Alta Especialidad “Centenario de la Revolución Mexicana”	27 de septiembre	17	0
ISSSTE Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”	27 de septiembre	13	0
Hospital General de Balbuena	9 de octubre	11	0
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”	26 de octubre	7	0

Tabla 2*Características sociodemográficas de los participantes*

Característica (n=21)	Media Min- Max	D.E
Edad	53.76 20-83	15.921
		Frecuencia
Sexo	Mujer	18
	Hombre	3
Parentesco	Hija/o	7
	Madre/ Padre	4
	Esposa/o	2
	Hermana/o	3
	Amigo/a	2
	Otro	3
Estado civil	Soltera/o	8
	Casada/o	8
	Separada	3
	Viuda	2
Ocupación	Hogar	10
	Empleada/o	7
	Estudiante	1
	Docente	1
	Otro	2
Religión	Católica/o	14
	Cristiana/o	2
	Sin religión	3
	Otra	2
Escolaridad	Secundaria	1
	Bachillerato	5
	Carrera técnica	3
	Licenciatura	9
	Sin educación	3

Nota: Desviación estándar se presenta en la tabla como D.E

3.3 Diseño De Investigación

Se realizó un estudio preexperimental con un diseño de preprueba/ posprueba con un solo grupo (Hernández Sampieri et al., 2014). Es decir, evaluación pretest y posttest de los niveles de sintomatología de ansiedad, depresión y sobrecarga, así como los estilos de afrontamiento de cuidadores primarios informales de pacientes con dolor crónico o que reciben atención en el servicio de cuidados paliativos.

3.4 Variables

Independiente: Taller psicoeducativo “Mejora tus días, cuídate”

- **Definición conceptual:** La intervención psicoeducativa tuvo una modalidad grupal, de cuatro módulos, activa, focalizada y directiva, con duración de cuatro horas en una sola aplicación. El taller contó con las siguientes técnicas terapéuticas: psicoeducación y el modelo de solución de problemas. Con estas técnicas se abarcan los componentes cognitivos, conductuales y emocionales necesarios en la Terapia Cognitivo Conductual.
- **Definición operacional:** En la Tabla 3 se observa la descripción de la estructura de las sesiones, para mayor detalle, revisar las cartas descriptivas en el apéndice.

Tabla 3

Estructura de las sesiones del taller psicoeducativo “Mejora tus días, cuídate”

Sesión	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Nombre/ Tema	“El que mucho abarca poco aprieta” / Impacto del rol de CPI sobre la salud.	“Sólo la olla conoce el hervor de su caldo” / Expresión emocional.	“El que a buen árbol se arrima, buena sombra le cobija” / Búsqueda de apoyo social.	“El buen juez por su casa empieza” / Autocuidado.
Objetivo	Los participantes identificarán los efectos del rol de CPI sobre su calidad de	Los participantes conocerán estrategias efectivas de	Los participantes identificarán la importancia del apoyo social en el	Los participantes enlistarán medidas generales de autocuidado y

	vida y salud. Que los participantes identifiquen e implementen la estrategia de solución de problemas a las situaciones que viven de cotidiano.	expresión de emociones y el papel de las mismas en la adaptación al rol de cuidador primario.	mantenimiento de una óptima calidad de vida, así como estrategias para la búsqueda de este.	desarrollarán un plan personalizado considerando sus necesidades.
Actividad	<i>Lotería de los cuidadores</i> y solución de problemas.	<i>La olla de las emociones</i> , psicoeducación sobre expresión de las emociones y lectura.	<i>El árbol</i> y distribución de tareas del cuidado.	Lista de afectaciones de la salud y conductas de autocuidado.

Dependientes:

- Ansiedad:

Definición conceptual: se considera como un estado emocional tenso, acompañado de sintomatología física de activación simpática y procesos cognitivos centrados en la creencia de que la persona se encuentra constantemente en estado de vulnerabilidad ante diversos peligros (Freeman & DiTomasso, 2004).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Anexo A) (adaptado por Noguera Orozco et al., 2013).

- Depresión:

Definición conceptual: Se considera como un grupo de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos entre los que se encuentran un estado de ánimo abatido o decaído, irritabilidad, pensamientos y sentimientos de culpa, pérdida del interés y placer, así como aislamiento social, entre otros (Alberdi et al., 2006).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la subescala de depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (adaptado por Noguera Orozco et al., 2013).

Instrumento: La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés) es un breve instrumento de autoinforme que fue diseñado específicamente para detectar distintas dimensiones de la ansiedad y la depresión en los departamentos hospitalarios no psiquiátricos, excluyendo los síntomas somáticos. El primer estudio dedicado a evaluar este instrumento fue dirigido por Tejero et al. en 1986. Este estudio posteriormente fue recreado por Ornelas- Mejorada et al. en el 2011. En ambos estudios se comprobó que la escala presenta adecuadas propiedades psicométricas.

El nivel de ansiedad y depresión es evaluado utilizando dos subescalas, cada una consiste en siete ítems que se califican en una escala tipo Likert de cuatro puntos, en la que obtener un puntaje de 8 a 10 significa presentar ansiedad leve, de 11 a 15 ansiedad moderada y a partir de 16 puntos hacia arriba significa un nivel severo de ansiedad. El alfa de Cronbach de la escala total es de 0.86 que explica el 42.58% de la varianza. Para el factor de ansiedad, la prueba presenta un alfa de Cronbach de 0.78 y evalúa algunos síntomas como qué tan seguido se siente tensa o nerviosa la persona durante el día o si es capaz de sentarse tranquila y relajadamente. Mientras que, para el factor de depresión, Noguera Orozco et al., encontraron que la prueba presenta un alfa de Cronbach de 0.85 en pacientes mexicanos con diagnóstico de VIH. La escala de depresión evalúa algunos síntomas como si la persona sigue disfrutando de las mismas cosas de siempre o si ha perdido interés por su aspecto personal, entre otros.

- Sobrecarga:

Definición conceptual: La sobrecarga se define como un fenómeno que conjuga diversas variables como desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; deterioro familiar relacionadas a dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras; y ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes (Breinbauer et al., 2009).

Definición operacional: En esta investigación se consideró como la puntuación obtenida en La Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit, validada por Galindo et al. (2015) en cuidadores de pacientes con cáncer (Anexo B).

Instrumento: La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit consta de 22 preguntas tipo Likert de cinco opciones, cuyos resultados se suman en un puntaje total de 22 a 110 puntos. Los resultados se clasifican en ausencia de sobrecarga con 46 puntos o menos, sobrecarga ligera de 47 a 55 puntos, o sobrecarga intensa con 56 o más puntos. Presenta gran confiabilidad inter-observador 0.71 en su estudio original y consistencia interna de 0.91.

- Afrontamiento:

Definición conceptual: El afrontamiento es un proceso con el que la gente le hace frente al estrés. Lazarus y Folkman (1984, citados en Cooper et al., 2008) usaron el modelo transaccional para describirlo: primero, un individuo valora la situación que debe enfrentar con base en sus valores, creencias e intenciones; posteriormente considera soluciones y los recursos que tiene disponibles, ya sea conscientemente o no, y, finalmente, formula una respuesta de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento se dividen en 3 grupos principales: estrategias enfocadas en el problema, enfocadas en la emoción y las estrategias de afrontamiento disfuncionales (Cooper et al., 2008). Las primeras, hacen referencia a todas aquellas estrategias que definen el problema para después generar soluciones y analizar el costo y beneficio de cada una de esas soluciones para aplicar la solución que más convenga (ej. pensar en qué pasos debe de dar para resolver el problema). Dentro de la segunda categoría se encuentran todas las estrategias que ayuden a disminuir el estrés que siente la persona en cuanto a la situación del problema, lo cual se logra a través de una modificación de las emociones que experimenta la persona (ej. aceptar la realidad o tratar de ver de manera positiva el problema). Finalmente, las estrategias de afrontamiento que se consideran disfuncionales son todas aquellas que no le permiten a la persona hacerle frente al problema como la evitación, que, aunque al inicio logra ser funcional, después de un tiempo hace que el problema empeore si

no se hace algo al respecto (ej. negarse a creer que la situación existe) (Perez-Ordóñez et al., 2016).

Definición operacional: Estilo o estilos de afrontamiento que predominen en la versión corta de la evaluación Brief COPE (Carver, 1997) (Anexo C).

Instrumento: El instrumento COPE es un inventario de 28 ítems y 14 subescalas, divididas en 3 categorías de estilos de afrontamiento, que responde a una escala ordinal de tipo Likert y que mide estrategias de afrontamiento. Comprende 14 subescalas para describir propiedades psicométricas: aceptación, afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, religión, auto distracción, apoyo emocional, apoyo instrumental, desahogo, humor, negación, auto inculpación, desconexión conductual y uso de sustancias. Tres de las categorías de las subescalas compuestas, enfocadas en la emoción, enfocadas en el problema y afrontamiento disfuncional, han demostrado ser útiles en investigaciones clínicas y tienen validez de contenido. Cooper et al. (2008) publicaron un artículo donde midieron la validez y confiabilidad de utilizar este instrumento en cuidadores de personas con demencia y encontraron que era un instrumento útil para la investigación clínica ya que reflejan posibles componentes de intervenciones para modificar los mecanismos de afrontamiento. Encontraron un alfa de Cronbach de 0.72 para los estilos de afrontamiento enfocados en la emoción; un alfa de Cronbach de 0.84 para la escala del afrontamiento enfocado en el problema; y un alfa de Cronbach de 0.75 para la escala del afrontamiento disfuncional. Sin embargo, mencionaron que faltaba información para hacer más sensibles las preguntas relacionadas a los mecanismos de afrontamiento enfocados en la emoción.

3.5 Procedimiento:

a) Reclutamiento de participantes

Para conseguir al grupo de participantes, el procedimiento fue:

1. Se diseñó la carta descriptiva del taller con base en la literatura de investigación consultada.
2. Se redactó un resumen ejecutivo sobre los contenidos del taller, se enlistaban los objetivos del taller, a quién estaba dirigido, las principales actividades a desarrollar y la duración del mismo (Anexo D)
3. Posteriormente, se envió una solicitud de acceso a las instituciones de salud a las redes sociales (WhatsApp) del Colegio Mexicano de Cuidados Paliativos y de Soporte [CoMeCuPs, 2019] el 20 de agosto del 2019. En este grupo participan los jefes de servicio y responsables de Unidades de Cuidados Paliativos en la República Mexicana.
4. Los responsables de las Unidades de Cuidados Paliativos que manifestaron interés en participar recibieron por el mismo medio la carta anteriormente mencionada.
5. Cada Unidad de Cuidados Paliativos lanzó una convocatoria interna en su centro hospitalario invitando a cuidadores primarios de sus pacientes con enfermedades crónicas o terminales.
6. La investigadora principal coordinó junto con los responsables de las unidades la fecha y hora para la ejecución del taller.

b) Procedimiento del taller

➤ Inicio del taller

- Presentación de nombre y familiar al que cuidan

- Evaluación previa
- Presentación de objetivos del taller

➤ **Cuerpo del taller**

- Primer módulo: Lotería de los cuidadores

Tema: ¿Qué es un cuidador primario? ¿Qué es la sobrecarga?

- Segundo módulo: Solución de problemas

Tema: Modelo de solución de problemas

- Tercer módulo: La olla de las emociones

Tema: Las emociones y cómo expresarlas asertivamente.

- Cuarto módulo: El árbol

Tema: Apoyo social y cómo buscarlo.

➤ **Cierre del taller**

- Retroalimentación del taller
- Evaluación posterior

3.6 Escenarios

Los talleres se realizaron en aulas dentro de los hospitales mencionados en la Tabla 1.

Las aulas contaban con sillas y mesas, un pizarrón, un proyector y una computadora.

3.7 Consideraciones Bioéticas:

Antes de realizar las evaluaciones, se les entregó a los cuidadores un consentimiento informado donde se les informaba que eran libres de aceptar o rechazar la evaluación sin que esto afectará su participación en el taller como en el resto de la atención recibida en sus centros de salud (sedes hospitalarias) y se les explicó que los datos podían ser utilizados posteriormente en esta investigación manteniendo sus datos personales confidenciales. El consentimiento informado se reportó ante el comité de Investigación, sin embargo, no se le asignó un registro ya que el taller fue visto como una actividad clínica regular. Por lo tanto, se decidió seguir con la aplicación del taller.

3.8 Análisis estadístico de los resultados

Para identificar los cambios en los niveles de las variables antes mencionadas, se realizó un análisis que se dividió en los siguientes pasos:

1. Análisis descriptivo pre y post taller de los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga por medio del análisis de frecuencias y representado a través de gráficas.
2. Análisis de comparación de las medias de ansiedad, depresión y sobrecarga antes y después del taller psicoeducativo por medio de la prueba t para grupos relacionados. Se seleccionó esta prueba debido a que los datos analizados se encuentran en un nivel intervalar y se trata de estadística paramétrica. Sin embargo, al contar con una muestra menor a 30 sujetos, se realizó una prueba de normalidad de Shapiro Wilk, la cual demostró una distribución normal de los datos.
3. Análisis descriptivo de los estilos de afrontamiento de los CPI.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

El objetivo central del presente trabajo fue evaluar el efecto de una intervención grupal dirigida a modificar los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga, así como describir los estilos de afrontamiento de los CPI.

Dentro del taller se entrenó a los participantes en el modelo de solución de problemas, la expresión efectiva de las emociones, la búsqueda del apoyo social y en la aplicación de algunas conductas de autocuidado (por ejemplo, descansos durante el día, alimentación por horarios, realizar ejercicio físico, entre otras).

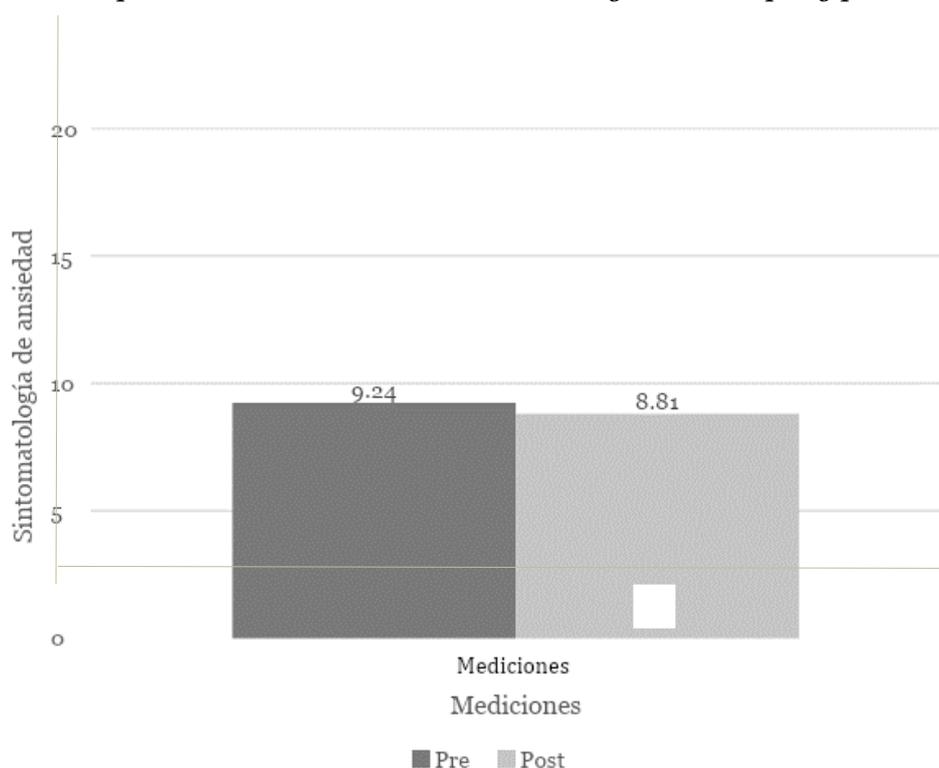
4.1 Descripción De Los Niveles Las Variables

- **Ansiedad**

Previo a la aplicación del taller el nivel de sintomatología de ansiedad presente puede considerarse como leve, lo que se mantiene tras la intervención tal como se muestra en la Figura 1.

Figura 1.

Comparación de niveles de la sintomatología ansiosa pre y post taller.

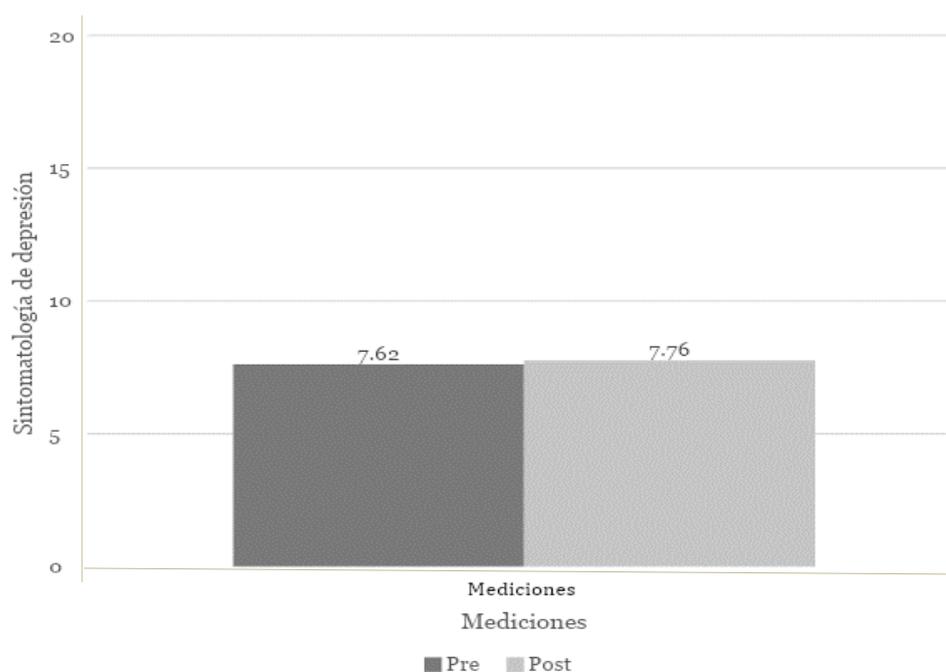


- **Depresión**

Como se muestra en la Figura 2, tanto la medición previa al taller como la posterior se clasifica como sintomatología depresiva leve.

Figura 2.

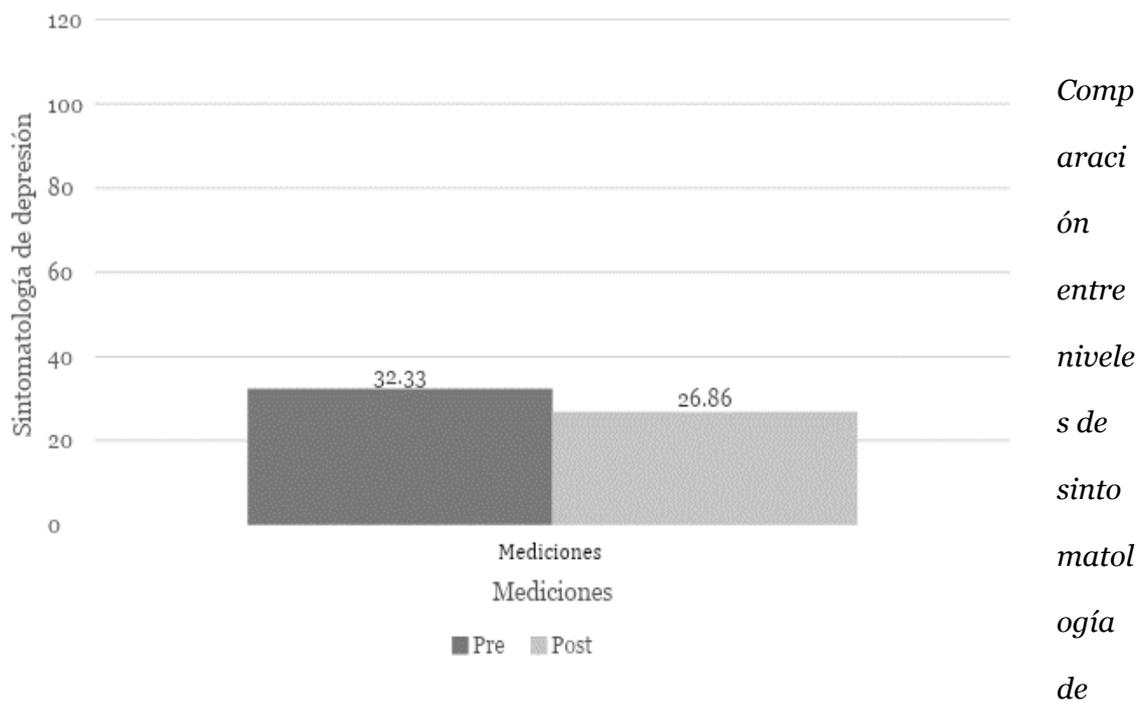
Comparación entre niveles de sintomatología depresiva pre y post taller.



- **Sobrecarga**

Según los resultados mostrados en la Figura 3, la puntuación media previa a la aplicación del taller y posterior caen dentro de la categoría de ausencia de sintomatología de sobrecarga, sin embargo, la gráfica muestra una disminución en las puntuaciones.

Figura 3.



sobrecarga pre y post.

4.2 Análisis De Comparación De Los Niveles De Las Variables Antes Y

Después Del Taller

Se llevó a cabo una prueba t- Student para muestras relacionadas para comparar los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y de sobrecarga previos al taller y los niveles de sintomatología ya mencionados posteriores al taller. Buscando niveles estadísticamente significativos para determinar la efectividad del taller psicoeducativo que se le brindó a los CPI.

Encontramos una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de sintomatología de sobrecarga previos al taller ($M=32.33$, $DS=11.564$) y los niveles de sintomatología de sobrecarga posteriores al taller ($M=26.86$, $DS=15.074$); $t(20)=2.610$, $p=0.017$. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de sintomatología ansiosa previa al taller ($M=9.24$, $DS=5.540$) y posterior al taller ($M=8.81$, $DS=5.767$); $t(20)=0.779$, $p=0.445$. De igual manera, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles previos de la sintomatología depresiva ($M=7.62$, $DS=5.554$) y los niveles posteriores al taller ($M=7.76$, $DS=5.108$); $t(20)=-0.234$, $p=0.817$. Estos resultados sugieren que el taller psicoeducativo que se brindó a los cuidadores primarios informales puede disminuir sus niveles de la sintomatología de sobrecarga, aunque no los niveles de sintomatología de ansiedad y depresión. Se consideró un alfa de 0.05. Los resultados obtenidos se muestran a continuación en la Tabla 4.

Tabla 4

Análisis de comparación de los niveles de las variables pre y post taller

Variable	Media		Desviación Estándar		t	gl	α
	Pre	Post	Pre	Post			
Ansiedad	9.24	8.81	5.54	5.76	.779	20	.445
Depresión	7.62	7.76	5.55	5.10	-.234	20	.817
Sobrecarga	32.33	26.86	11.56	15.07	2.610	20	.017

Nota. Los resultados en negritas son los resultados con cambios estadísticamente significativos.

Si bien los datos observados a través de los instrumentos indican ausencia de sobrecarga y niveles leves de sintomatología ansiosa y depresiva, es importante tomar en cuenta la evaluación clínica de los participantes.

4.4 Evaluación Clínica: Reportes De Los Cuidadores Primarios Informales

Como se mencionó en el procedimiento, en la primera parte del taller se les pidió a los participantes que compartieran información sobre su experiencia como CPI. A continuación, en la Tabla 5, se muestran algunos relatos de la experiencia de los participantes como CPI. Como se puede observar, las participantes son mujeres que refieren bajo o nulo apoyo social, lo cual es un factor predictor de sobrecarga. Al no contar con apoyo social para realizar las actividades de cuidado, tampoco tienen apoyo para manifestar sus emociones dentro del contexto del cuidado.

Tabla 5

Reportes de los Cuidadores Primarios Informales

Participante	Experiencia del cuidador
Participante 1. Mujer, 78 años; cuida a sus nietos con hidrocefalia cognitiva, epilepsia y retraso psicomotor severo.	“...A veces, aunque quiera llorar por la situación de mi hija y mis nietos no lo hago. Creo que soy la única que ayuda a mi hija a mantenerse y trato de parecer positiva, pero a veces ya no puedo más... es muy difícil...”
Participante 2. Mujer, 73 años; cuida a su hermano con cuadriplejia espástica.	“... Yo no tengo a nadie que me pueda ayudar, mi familia no me apoya y si no lo hago yo, no hay nadie que nos ayude...”
Participante 3. Mujer, 42 años; cuida a sus hijos con hidrocefalia	“A mí lo que me estresa es que quiero ayudar a mi paciente a que ya no avance más su enfermedad, pero hago todo lo que me dicen los doctores y me dicen que aun así va a seguir avanzando su enfermedad... me pone muy mal ver a mi paciente enfermo...”

cognitiva,
epilepsia y retraso
psicomotor severo.

Participante 4.

Mujer, 46 años;
cuida a su
hermana con
cáncer de cuello
uterino.

“No me da tiempo de comer y mucho menos de hacer ejercicio porque tengo que estar pendiente de mi paciente... si necesita que le pase sus medicamentos, la mueva o la lleve al baño. Además, no tengo a quién pedirle ayuda...”

4.5 Análisis Descriptivo De Los Estilos De Afrontamiento

Para identificar el estilo de afrontamiento de cada participante, se utilizó el *Coping Orientation to Problems Experienced Inventory* con 28 reactivos, los cuales se dividen en 3 factores principales y 14 subescalas. El factor que se observó era más utilizado por las participantes fue el Afrontamiento Enfocado en el Problema, con las siguientes subescalas por orden de más utilizados a menos utilizados: Afrontamiento activo (el cual fue el segundo más utilizado y reportado verbalmente por los cuidadores quienes referían orgullosas “... siempre trato de estar buscando soluciones para ayudar a mi familiar.” sic. CPI), Apoyo instrumental y Planificación.

El segundo factor más utilizado fue el Afrontamiento Enfocado en la Emoción, con las subescalas de: Aceptación (siendo el estilo más utilizado de todos y reportado verbalmente por las participantes como “Por supuesto que acepto que mi familiar está enfermo. Al inicio uno busca otras opiniones, pero después de tanto tiempo cuidando no hay otra más que aceptarlo y ver cómo ayudar.” sic. CPI.), Humor y Apoyo Emocional (utilizados únicamente por una persona cada uno), Reinterpretación positiva y Religión (los cuales ningún participante demostró utilizar en el instrumento a pesar de haber reportado verbalmente más de una cuidadora la importancia de su Fe en Dios; refiriendo “Dios nos da lo que sabe que podemos manejar y Él nos cuida.” sic. CPI.).

Por último, está el factor del Afrontamiento Disfuncional, con las subescalas de: Auto distracción, Negación, Desahogo, Uso de sustancias, Desconexión conductual y

Autoinculpación. Cabe mencionar que los participantes podían tener más de una estrategia de afrontamiento. Los resultados se muestran a continuación en la Tabla 6.

Tabla 6

Análisis descriptivo de los estilos de afrontamiento

Factor	Subescala	Número de participantes
Afrontamiento enfocado en el Problema	Afrontamiento activo	13
	Apoyo instrumental	6
	Planificación	5
Afrontamiento enfocado en la Emoción	Reinterpretación positiva	0
	Aceptación	14
	Humor	1
	Religión	0
	Apoyo emocional	1
	Auto distracción	2
	Negación	2
Afrontamiento Disfuncional	Desahogo	1
	Uso de sustancias	0
	Desconexión conductual	0
	Autoinculpación	1

CAP. 5: DISCUSIÓN

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos y se contrastan con la información recabada en otras investigaciones previas. Se observó un nivel leve de sintomatología de ansiedad y depresión en nuestros participantes. Similar con nuestros resultados, O'Toole et al. (2016) encontraron que, en algunos estudios, había cuidadores informales que mostraban niveles leves de ansiedad y depresión desde un inicio. La explicación de O'Toole et al. (2016) es que algunos participantes que se salieron del estudio en un inicio eran algunos de los cuidadores más afectados. Considerando esto, es importante recordar en un futuro que los Cuidadores Primarios Informales con los que se piensa trabajar que presentan altos niveles de ansiedad y depresión no siempre tendrán la disponibilidad, la energía o se encontrarán en las condiciones óptimas para presentarse a este tipo de intervenciones. La depresión y la ansiedad de los CPI vienen acompañadas generalmente de ideas irracionales o problemas en su manera de pensar sobre la situación, es decir, sería importante también trabajar aspectos cognitivos con los participantes desde un inicio y así prevenir la deserción de los cuidadores que más lo necesitan. También es importante considerar que la sobrecarga que presentan en un inicio de los cuidadores primarios informales podría aumentar con el paso del tiempo y llegar a en niveles clínicos y significativos de ansiedad y depresión, en al menos el 30-40% de los cuidadores primarios informales (Lambert et al., 2013).

En cuanto a la variable de sobrecarga, se encontró que los participantes tenían una puntuación de ausencia de sobrecarga, diferente a la evaluación cualitativa de lo que nos referían los participantes. Una posible explicación es la deseabilidad social; ya que muchos de nuestros participantes veían el cuidado como un deber del cual no se podían quejar. Además, al inicio del taller, muchos participantes no se atrevían siquiera a quejarse del cansancio que les causaba cuidar de su familiar, ya que era mal visto por ellos mismos. Para ejemplificar se detectó que mientras hablaban de las tareas que realizaban cuando se presentaban, varios participantes mencionaron la imposibilidad de quejarse ya que era “lo mínimo” (sic. CPI) que podían hacer para mejorar el malestar de su familiar. Otra hipótesis

para nuestros resultados nos la brindan Rifky Tkatch y colaboradores (2017) quienes mencionan en sus resultados haber observado un nivel de ausencia de sobrecarga en sus participantes, al igual que en el presente trabajo. Estos autores plantean que, a menudo los CPI llegan a ignorar sus propias necesidades y a ponerse en último lugar en cuanto a relevancia.

Adelman et al. (2015) en su estudio hablan sobre los factores de riesgo que predicen la aparición de la sobrecarga en los Cuidadores Primarios Informales. Refiere que estos factores incluyen ser mujer, tener un bajo nivel educativo, vivir con el paciente al que cuidan, tener un gran número de horas dedicadas al cuidado de su familiar, tener problemas económicos, estar aislado y no haber podido elegir si querían dedicarse al cuidado de su familiar. Si contrastamos las características sociodemográficas de los CPI que participaron en este estudio con los factores mencionados anteriormente, se observa que nuestras cuidadoras primarias informales se diferencian en cuanto a su nivel de estudios. Lo cual explica los resultados obtenidos en el instrumento de Zarit durante la evaluación previa. Así mismo, en contraste con lo reportado, otros autores como Marante y Pozo (2018), reportan hasta el 73.88 de sintomatología intensa; Tang et al. (2018) encontraron que su grupo de participantes presentaban niveles moderados a severos de sobrecarga, con un nivel considerable de distrés psicológico.

Es importante mencionar que además de la evaluación con el instrumento de Zarit, se realizó una evaluación cualitativa con frases mencionadas por los cuidadores primarios informales que participaron. Se encontró que los CPI presentaban sintomatología de sobrecarga. Lo cual también se observa en el estudio de Rifky Tkatch et al. (2017), quienes estiman que alrededor del 32% de los cuidadores en Estados Unidos llegan a presentar sobrecarga del cuidador, la cual como sabemos reduce la calidad de vida del cuidador y del paciente por asociación.

Posterior a la realización del taller, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de sintomatología de ansiedad y depresión. En primer lugar, esto se puede deber a que los participantes no mostraban un nivel alto de estas sintomatologías

desde un inicio. Aunque si partimos de la hipótesis de que los participantes no mostraron niveles reales de sintomatología de ansiedad y depresión debido a la deseabilidad social, entonces podemos suponer que esta ausencia de cambios significativos se debe a que los temas y las habilidades que se enseñaron durante el taller de cuidadores es un conjunto de habilidades que necesariamente deben ser entrenadas y practicadas durante un tiempo para poder comenzar a observar los cambios. Debido a que no hubo varias mediciones a través del tiempo, no se puede estar seguros de que no existió una modificación posterior en los niveles de la sintomatología ansiosa o depresiva en los Cuidadores Primarios Informales.

En contraste con los resultados encontrados en este trabajo, González- Fraile et al. (2018) refieren haber encontrado cambios estadísticamente significativos en los niveles de la sintomatología ansiosa que presentaban los CPI, tras la intervención y en las siguientes dos mediciones de seguimiento. De la misma manera, Dharmawardene et al. (2016) reportan en su revisión una mejora estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad de los CPI, después de una intervención de atención plena. No obstante, ocho de los estudios revisados utilizaron medidas auto-reportadas. También es importante mencionar que las intervenciones de estos estudios tuvieron una duración de 4 a 8 semanas, lo cual facilitó que los participantes practicasen las habilidades entrenadas en las intervenciones.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles previos y posteriores de la sintomatología de sobrecarga. Como se menciona en el artículo de González- Fraile et al. (2018) la mejoría en los niveles de sobrecarga se puede explicar por un lado gracias al formato grupal de la intervención. Se observó que cada vez que un participante comenzaba a hablar sobre sus experiencias negativas durante el cuidado, esto ayudaba a que otros participantes se sintieran más cómodos y comprendidos, pues inmediatamente después compartían un poco más sobre sus experiencias negativas. Es decir, cada que un participante comenzaba a hablar sobre sus sentimientos de estrés y las demandas del entorno, los demás participantes disminuían su nivel de autoexigencia ya que referían *“me he dado cuenta de que estoy haciendo todo lo que puedo hacer con mis*

habilidades... No soy doctor y por eso no puedo ayudar de esa manera a mi familiar” sic. CPI.

Así como en este estudio, otros trabajos como el de Tang et al. (2018) y Marante y Pozo (2018) identificaron diferencias significativas en la intervención psicoeducativa que ellos proponen tal cual se documenta en esta investigación. No obstante, González- Fraile et al. (2018) mencionan en su trabajo no haber encontrado cambios significativos en los niveles de sobrecarga posterior a su intervención. No es sino hasta la tercera medición posterior a la intervención cuando reportaron una disminución estadísticamente significativa con un tamaño de la muestra moderado. Es importante mencionar que las intervenciones realizadas por estos autores se enfocan en técnicas de meditación como atención plena y no en técnicas tanto cognitivas y conductuales como la intervención en este estudio.

Por último, en cuanto a las estrategias de afrontamiento observadas, los participantes demostraron utilizar en su mayoría la estrategia de Aceptación (ej. “No puedo negar la realidad que vive mi familiar, señorita, eso no nos ayuda en nada...” sic. CPI), la cual es afrontamiento enfocado en la emoción; y en segundo lugar la estrategia de afrontamiento activo (ej. “Ya mejor trato de pensar en maneras en las que puedo ayudar a mi familiar y en cómo hacer mis labores más sencillas...” sic. CPI), dentro del estilo de afrontamiento enfocado en el problema. A pesar de que Jathana, Latha y Bhandary (2010) mencionan en su estudio, no existe un acuerdo en cuanto a qué estrategias de afrontamiento son mejores para mantener un estado positivo de salud mental, encontraron que las estrategias de reinterpretación positiva, afrontamiento activo y apoyo social ayudaban a los cuidadores de pacientes con demencia a tener un mejor ajuste emocional. De la misma manera, Cooper et al. (2008) refieren que resulta mejor promover las estrategias enfocadas en la emoción ya que son de gran ayuda en la disminución de sintomatología ansiosa. Lo cual explica la ausencia de sintomatología ansiosa que encontramos en los participantes, ya que la mayoría de nuestros participantes utilizaban estrategias de aceptación y afrontamiento activo.

En contraste con lo encontrado en este estudio, Jathana et al. (2010) mencionan que 38 de los 98 cuidadores primarios informales que utilizaron la estrategia de Aceptación

refirieron experimentar un nivel severo de sobrecarga, demostrando un impacto negativo en los cuidadores primarios informales.

Navarta-Sánchez et al. (2015) mencionan la importancia de las estrategias de afrontamiento como predictor del ajuste psicosocial de los cuidadores. Mostrando una vez más la importancia de enfocarse o incluir aspectos de las estrategias de afrontamiento dentro de las intervenciones futuras a cuidadores primarios informales.

Al observar estos resultados, se puede concluir que este tipo de intervenciones psicoeducativas y grupales son óptimas para la mejora de los niveles de sobrecarga de los CPI.

5.1 Limitaciones Y Recomendaciones

La primera limitación que se presentó durante la realización de esta investigación fue el tiempo en el cual se pudo dar el taller a los cuidadores primarios informales. Al tener poco tiempo disponible para ellos mismos y depender del bienestar de sus pacientes, se tuvo que dar el taller en una sola aplicación, lo cual pudo haber afectado a los resultados como se mencionó en la discusión (O'Toole et al.,2016). De igual forma, muchos de nuestros participantes no pudieron estar presentes durante toda la intervención o la evaluación final debido a sus responsabilidades como CPI. Debido a esto se recomienda, para futuras investigaciones de este tipo, considerar en realizar las intervenciones de manera más flexible en cuanto a horarios y locación para que más participantes puedan recibir este tipo de entrenamiento del cual se verán beneficiados, o incluso brindar dentro del hospital ayuda con el cuidado de los pacientes durante la aplicación del taller (González- Fraile et al.,2018). Para esto, es necesario contar con el apoyo de los médicos y no sólo de las talleristas. Otra recomendación podría ser la de realizar las intervenciones en otros formatos, como en línea o a través de aplicaciones en el celular, mandando mensajes personalizados para asegurar la participación continua de los cuidadores (Meyerowitz-Katz et al., 2020).

Otra limitación a tomar en cuenta es que el diseño de preprueba- postprueba con un

solo grupo no es un diseño adecuado para fines científicos ya que no se encuentra un grupo de comparación además de que es posible que se den algunos factores de invalidación interna, como la fatiga o el aburrimiento, que afecten los resultados y que no se pueda describir certeramente la causalidad (Hernández Sampieri et al., 2017). Se recomienda para futuras investigaciones tomar el presente trabajo con reservas, y como referencia o ensayo de una investigación más controlada a futuro. Así mismo, como se observó en la discusión, en otros estudios comenzaron a ver cambios en la sintomatología de los participantes unos meses después de dar su intervención. Otra recomendación para futuras investigaciones es realizar más de una medición posterior a la aplicación de la intervención.

Como tercera limitación, encontramos la deseabilidad social, ya que muchos de los cuidadores tienen la creencia de que no se deben de quejar ya que su familiar necesita verlos “...siendo fuertes” (sic. CPI). La deseabilidad social está asociada con el uso de los instrumentos de auto reporte ya que es más sencillo manipular las respuestas dadas (Perinelli y Gremigni, 2016). Para futuras investigaciones se recomendaría utilizar diferentes instrumentos o agregar un instrumento que mida la deseabilidad social para poder ser más específicos con los resultados.

Finalmente, otra limitación importante de este estudio fue el haber utilizado el Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, ya que este inventario evalúa la sintomatología encontrada en la semana previa a contestar el instrumento y al haber aplicado estos inventarios para medir la sintomatología previa y posterior al taller en el mismo día, no nos da un resultado claro para poder medir los cambios. Una recomendación para futuras investigaciones es aplicar los instrumentos para medir la sintomatología con más tiempo entre cada medición o buscar alguna otra alternativa a la escala de HADS.

5.2 Fortalezas del estudio

A pesar de haber encontrado algunas limitaciones, no podemos dejar de lado la importancia de realizar estos estudios. Al poder identificar el tipo de intervenciones

necesarias para lograr efectos positivos que sean estadísticamente significativos, nos ayuda a conocer a futuro el tipo de intervenciones aplicables y efectivas para este tipo de población en específico. De igual manera, otra fortaleza de la presente intervención fueron los cambios observados en los niveles de la sintomatología de sobrecarga de los CPI. A pesar de haber realizado las mediciones con poco tiempo entre cada una, vemos que esta intervención es efectiva.

En un futuro se recomienda seguir con esta línea de investigación que es muy importante y necesaria tanto a nivel mundial como para nuestra población. Los Cuidadores Primarios Informales son una parte esencial para nuestra población y es necesario su bienestar para poder disminuir gastos en el sistema de salud y así evitar un aumento en el número de pacientes. Este estudio logró demostrar un tipo de intervención necesaria para mejorar los niveles de sobrecarga de los cuidadores y, por lo tanto, se puede tomar en consideración para futuras investigaciones.

Referencias

- Akkerman, R.L. y Ostwald, S.K. (2004). Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: The effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease and other dementias*, 19(2),117-124.
<https://doi/10.1177/153331750401900202>
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., & Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*, 6(11), 1-6.
- Alfaro-Ramírez del Castillo, O., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Río, B., & Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (5), 485-494
<https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745523005.pdf>
- Adelman, R., Tmanova, L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. (2014). Caregiver Burden. A clinical review. *Clinical Review & Education*, 311 (10), 1052-1059.
<https://doi/10.1001/jama2014.304>
- Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., & Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*, 137(5), 657-665.
- Camacho Estrada, L., Arvizu, H., Yokebed, G., & Jiménez Mendoza, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería universitaria*, 7(4), 35-41.
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., & Livingston, G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry*, 23(9), 929-936.
- Dharmawardene, M., Givens, J., Wachholtz, A., Makowski, S., & Tjia, J. (2016). A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals. *BMJ Support Palliat Care*, 6 (2), 160-169.
[doi:10.1136/bmjspcare-2014-000819](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000819)

- Frambes, D., Given, B., Lehto, R., Sikorskii, A., & Wyatt, G. (2017). Informal Caregivers of Cancer Patients: Review of Interventions, Care Activities, and Outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 1-29. [https://doi/ 10.1177/0193945917699364](https://doi/10.1177/0193945917699364)
- Freeman, A., & DiTomasso, R. (2004). Conceptos cognitivos de la ansiedad. Stein, D, Hol- En: Stein, D, Hollander, E, editores. *Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ars Medica*, 85-95
- Fletcher, B., Miaskowski, C., Given, G., & Schumacher, K. (2012). The cancer family caregiving experience: An updated and expanded conceptual model. *European Journal of Oncology Nursing*. 22, 43-50. <https://doi/10.1016/j.ejon.2011.09.001>
- Haley, W.E., Bartolucci, A.A., Levine, E.G., & Brown, S.L. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging* 2(4), 323-330.
- Hernández Sampieri, H., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2017). Metodología de la Investigación Científica 6ta edición.
- Jathanna, R. P., KS, L., & Bhandary, P. V. (2011). Burden and coping in informal caregivers of persons with dementia: a cross sectional study. *Online Journal of Health and Allied Sciences*, 9(4).
- Koyanagi, A., DeVylder, J. E., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Veronese, N., Haro, J. M., & Santini, Z. I. (2018). Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.001>
- Lambert, S. D., Girgis, A., Lecathelinais, C., & Stacey, F. (2013). Walking a mile in their shoes: anxiety and depression among partners and caregivers of cancer survivors at 6 and 12 months post-diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 21(1), 75-85.
- Laryionava, K., Pfeil, T., Dietrich, M., Reiter-Theil, S., Hiddemann, W. y Winkler, E. (2018). The second patient? Family members of cancer patients and their role in end-of-life decision making. *BMC Palliative Care*, 17(29), 1-9. <https://doi/10.1186/s12904-018->

0288-2

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos (No. 155.9042 L431e). Ed. Martínez-Roca.

Lee, M., Ryoo, J. H., Crowder, J., Byon, H. D., & Williams, I. C. (2020). A systematic review and meta-analysis on effective interventions for health-related quality of life among caregivers of people with dementia. *Journal of advanced nursing*, 76(2), 475-489.

Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. (2014) Artículo 166 BIS.

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014

Marante Pozo, E., & Pozo Amador, L. (2019). Efectividad de intervención educativa en sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. *Revista Cubana De Enfermería*, 34(4). Recuperado de

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1490/393>

Menichetti, E., Romani, L., Meyer, J. y Scheucher, A. (2011). Costos en cuidados paliativos. 1-34

Meyerowitz-Katz, G., Ravi, S., Arnolda, L., Feng, X., Maberly, G., & Astell-Burt, T. (2020). Rates of Attrition and Dropout in App-Based Interventions for Chronic Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of medical Internet research*, 22(9), e20283.

<https://doi.org/10.2196/20283>

Mosquera Metcalfe, I., Larrañaga Padilla, I., del Río Lozano, M., Calderón Gómez, C.,

Machón Sobrado, M., & García Calvente, M. M. (2019). Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE. *Revista Española de Salud Pública*, 93(1), e1-e13.

Navarta-Sánchez, M. V., Senosiain García, J. M., Riverol, M., Ursúa Sesma, M. E., & Díaz de Cerio, A. S., Anaut Bravo, S., Caparrós Civera, N., & Portillo, MC (2016). Factors influencing psychosocial adjustment and quality of life in Parkinson and informal caregivers. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 25, 1959-1968.

Nezu, A., Nezu, C., D'Zurilla, T. (2014). Terapia de Solución de Problemas.

Manual de tratamiento. España. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Nicolaz García, J. A., Vega Montes, D., Castañeda Castro, A. G., & Olguín Vega, E. (2012).

Emociones del cuidador primario ante su enfermo con diagnóstico de cáncer. *Revista CuidArte*, 1(1), 22-30.

Noguera Orozco, María José, & Pérez Terán, Brenda, & Barrientos Casarrubias, Vania, & Robles García, Rebeca, & Sierra Madero, Juan G. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37. ISSN: 1405-0943. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1339/133930525004>

Núñez Hernández, J. E. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento Cope Breve en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana [Tesis de Licenciatura, Universidad Latina.]

O'Toole, M., Zachariae, R., Renna, M., Mennin, D. y Applebaum, A. (2016). Cognitive behavioral therapies for informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*. <https://doi/10:1002/pon.4144>

Padrón Garduño, P. (2018). Evaluación de la influencia de un taller psicoeducativo sobre las estrategias de afrontamiento de cuidadores primarios de personas con enfermedad crónico-degenerativa. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].

Pagnini, F., Rossi, G., Lunetta, C., Banfi, P., Castelnuovo, G., Corbo, M. & Molinari, E. (2010) Burden, depression, and anxiety in caregivers of people with amyotrophic lateral sclerosis, *Psychology, Health & Medicine*, 15:6, 685-693, <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.50777>

Palma, A., Taboada, P., & Nervi, F. (2010). *Medicina paliativa y cuidados continuos*. Ediciones UC.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, 30(5), 583-

594.

- Perez-Ordóñez, F., Frías-Osuna, A., Romero-Rodríguez, Y., & del-Pino-Casado, R. (2016). Coping strategies and anxiety in caregivers of palliative cancer patients. *European journal of cancer care*, 25(4), 600-607
- Perinelli, E., & Gremigni, P. (2016). Use of Social Desirability Scales in Clinical Psychology: A Systematic Review. *Journal of clinical psychology*, 72(6), 534–551.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22284>
- Ramos, R., & Figueroa, L. (2008). El cuidado informal: elemento esencial en el cuidado de la salud. *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud*. México: Porrúa.
- Rangel Domínguez, N., Ascencio Huertas, N., Ornelas Mejorada, R., Allende Pérez, S., Landa Ramírez, E., Sánchez Sosa, J. (2013). Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa: un estudio piloto. *Psicooncología*. 10 (2-3), 365-376
- Rifky Tkatch, Bazarko, D., Musich, S., Wu, L., MacLeod, S., Keown, K., Hawkins, K. y Wicker, E. (2017). A pilot online mindfulness intervention to decrease caregiver burden and improve psychological well-being. *Journal of Evidence-Based*, 22(4), 736-743. <https://doi/10.1177/2156587217737204>
- Sánchez Martínez, A.G. (2019) Impacto en la salud física y emocional del rol de cuidador primario informal del paciente con dolor. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.]
<http://132.248.9.195/ptd2019/junio/0790247/Index.html>
- Tang, S., Li, C., Chen, C. (2018). Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan. *Qual Life Res*, 17, 387-395.
<https://doi/10.1007/s11136-008-9316-7>
- Weitzer, M.A., Haley, W.E. & Chen, H. (2000). The family caregiver of the older cancer patient. *Hematology/ Oncology Clinics of North America*, 14(1), 269-281
- World Health Organization. (2004). *The solid facts: palliative care* (No. EUR/O3/5044999).
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf

ANEXO

A. Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a que sepamos cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lee cada pregunta y encierre la respuesta que usted considere como su propio estado emocional **en la última semana**. No es necesario que piense mucho tiempo en su respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piense mucho.

1. Me siento tenso (a) o nervioso(a)			
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0
2. Sigo disfrutando las mismas cosas de siempre			
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No, en absoluto 3
3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder			
Sí y muy intenso 3	Sí, pero no muy intenso 2	Sí, pero no me preocupa 1	No siento nada de eso 0
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas			
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No, en absoluto 3
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones			
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0
6. Me siento alegre			
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No, en absoluto 3
7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente			
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No, en absoluto 3
8. Me siento lento(a) y torpe			
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago			
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No, en absoluto 0
10. He perdido el interés por mi aspecto personal			
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No, en absoluto 0
11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme			
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No, en absoluto 0
12. Espero las cosas con ilusión			
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No, en absoluto 3
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor			
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No, en absoluto 0
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión			

Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No, en absoluto 3
-------------------	---------------------	---------------	----------------------

B. Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit – M

Instrucciones: Lea cada frase y **marque con una X** la opción que mejor se ajuste a cómo se sintió durante la última semana incluyendo el día de hoy.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente tenso(a) cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	0	1	2	3	4
4. ¿Se siente avergonzado(a) por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado(a) cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de la familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	0	1	2	3	4
9. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a su casa, a causa de su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	0	1	2	3	4
14. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
15. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo más?	0	1	2	3	4
16. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	0	1	2	3	4

17. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	0	1	2	3	4
18. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	0	1	2	3	4
19. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	0	1	2	3	4
20. En general ¿Se siente muy sobrecargado(a) por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4

C. Brief COPE-28

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a situaciones difíciles que en la vida causa tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas no son buenas ni malas, ni tampoco unas mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Indique la respuesta que refleje su forma de enfrentarse a la enfermedad de su familiar y a los cuidados que usted le brinda.

1. Busco que alguien me ayude o me aconseje sobre qué hacer en esta situación			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
2. Pongo todas mis fuerzas en hacer algo ante la enfermedad de mi familiar			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
3. Acepto lo que está ocurriendo con la enfermedad de mi familiar			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
4. Me distraigo en el trabajo o en otras actividades para no pensar en la enfermedad de mi familiar			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
5. Me digo a mí mismo (a) que lo que está pasando con mi familiar no es real			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
6. Propongo ideas sobre qué hacer ante la enfermedad de mi familiar			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
7. Hago bromas sobre lo que está pasando			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
8. Me critico a mí misma (o) por los cuidados que doy a mi familiar			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
9. Busco el apoyo emocional de otras personas			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
10. Hago cosas para intentar que la situación mejore			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
11. Renuncio a ocuparme de lo que pasa con mi familiar			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
12. Digo cosas que dejan que salgan mis sentimientos desagradables			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3

		2	
--	--	---	--

13. Me niego a creer que mi familiar este enfermo			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
14. Intento ver la enfermedad de mi familiar con otros ojos, para que parezca algo positivo			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
15. Acepto lo que está ocurriendo con la enfermedad de mi familiar			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
16. Me distraigo en el trabajo o en otras actividades para no pensar en la enfermedad de mi familiar			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
17. Me digo a mi mismo (a) que lo que está pasando con mi familiar no es real			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
18. Propongo ideas sobre qué hacer ante la enfermedad de mi familiar			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
19. Hago bromas sobre lo que está pasando			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
20. Me critico a mí misma (o) por los cuidados que doy a mi familiar			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
21. Busco el apoyo emocional de otras personas			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
22. Hago cosas para intentar que la situación mejore			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
23. Renuncio a ocuparme de lo que pasa con mi familiar			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
24. Digo cosas que dejan que salgan mis sentimientos desagradables			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
25. Evito hacerle frente al problema			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3

26. Pienso detenidamente en los pasos que tengo que dar en esta situación			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
27. Me echo la culpa de lo que pasa con mi familiar			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3
28. Busco que otras personas me ayuden o aconsejen			
En ningún momento 0	En algún momento 1	La mayor parte del tiempo 2	Todo el tiempo 3

D. Resumen ejecutivo del taller

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
CLÍNICA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
"TALLER DE CUIDADORES"

La intervención tendrá modalidad grupal, de cuatro secciones, activa, focalizada y directiva, a lo largo de cuatro horas. El taller contará con diversas técnicas terapéuticas como la psicoeducación, la reestructuración, el modelo de solución de problemas que se dividen en componentes cognitivos, conductuales y emocionales basados en la Terapia Cognitivo Conductual.

Dirigido a: Cuidadores de pacientes con dolor crónico o alguna enfermedad crónica avanzada que sean mayores de 18 años.

Objetivo general: Que los participantes conozcan el impacto del rol de cuidador primario sobre su calidad de vida y aprendan estrategias de solución de problemas.

Duración: Cuatro horas.

Talleristas: Psic. Ingrid Sarai Salazar Hernández y Psic. Silvia Lorena Saucedo Pruneda.

Responsable académica: Mtra. Psic. Nancy Elizabeth Rangel Domínguez

Justificación: El cuidador primario informal es aquella persona, amigo o familiar que se encarga de los cuidados de una persona enferma, y que no cuenta con capacitación formal ni recibe sueldo. Se ha encontrado en investigaciones anteriores que el cuidador primario informal termina convirtiéndose en otro paciente, debido a los descuidos en las conductas de autocuidado como comer con horarios, dormir hasta sentir que ha descansado completamente, pedir apoyo cuando lo necesita, entre otras. Por este motivo, se considera importante dar un taller dirigido a los cuidadores de los pacientes con alguna enfermedad crónica avanzada o crónica terminal.

HOSPITAL GENERAL "Dr. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

CLÍNICA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
TALLER DE CUIDADORES

Elaborado por: **Ingrid Salazar y Lorena Saucedo**

Responsable Académica: **Nancy Elizabeth Rangel Domínguez**

Objetivo general: Que los participantes conozcan el impacto del rol de cuidador primario sobre su calidad de vida. Que los participantes aprendan estrategias de solución de problemas.

Tema	Objetivo	actividades/técnicas didácticas	Descripción/procedimiento	Materiales	Tiempo
Presentación	Dar a conocer la dinámica del taller.	Presentarse	Las presentadoras dirán su nombre y le pedirán a los cuidadores se presenten y nos digan a quien cuidan.	Ninguno	10 min
Evaluación pre	Evaluar los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga de los cuidadores primarios.	Evaluar	Aplicar la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit.	Instrumentos	10 min
Lotería de los cuidadores (Ingrid)	Explicar qué es un cuidador primario, la sobrecarga y cómo uno puede llegar a presentarla.	Lotería	Se les dará el material a los cuidadores y se darán las instrucciones de cómo jugar lotería. Al final, quien gane tendrá que gritar "Sobrecarga".	Tarjetas y tableros, caja con fichas para el juego.	20 min
Solución de problemas (Lorie)	Buscar de forma efectiva soluciones a los problemas que se presentan día a día.	Modelo de solución de problemas	Se dará el material de apoyo y junto con la presentación se irán explicando los pasos.	Presentación y hoja de apoyo	50 min
La olla de las emociones (Ingrid)	Dar a conocer la importancia de las emociones y cómo expresarlas de manera asertiva.	Olla de las emociones (material)	Se dará una hoja con el dibujo de una olla y se les pedirá a los cuidadores que anoten dentro todas las emociones (tanto positivas como negativas) que han sentido durante su tiempo como cuidadores. Posteriormente, se les dará información relevante para enseñarles cómo expresarlas.	Hoja y presentación	30 min.
El árbol (Lorie)	Que los participantes conozcan e identifiquen la importancia del apoyo social en el mantenimiento de una óptima calidad de vida, así como estrategias para la búsqueda del mismo.	Crear un árbol	Se les otorgará diferentes materiales a cada uno y se les dará únicamente una instrucción: "Les he entregado material con el que van a realizar un árbol con el follaje verde en diferentes tonos y el tronco café. Ambos, el follaje y el tronco, deben estar unidos."	Diferentes tipos de materiales.	35 min
Retroalimentación del taller	Conocer la opinión de los cuidadores sobre el taller.	Escribir.	Se colocará una cartulina donde se les pedirá que anoten lo que hayan aprendido con el taller y su opinión.	Cartulina	15 min
Evaluación post	Evaluar los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga de los cuidadores primarios.	Evaluar	Aplicar la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit.	Instrumentos	10 min

E. Carta descriptiva del taller

G. Fotos del taller