



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a
Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en
Psicología Clínica

**ESTUDIO DE CASO ÚNICO: LA NO ADHERENCIA
TERAPÉUTICA DE UNA CUIDADORA PRIMARIA.**

Reporte de Investigación Empírica

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

P R E S E N T A:

MARÍA DE LA LUZ SÁNCHEZ GUTIÉRREZ

Directora: Mtra. Verónica Cristina Morales Vásquez

Secretario: Mtra. Eva Norma Ortiz García

Vocal: Mtro. Emmanuel Arkad Pérez Guzmán



Los Reyes Iztacala, Tlalneantla, Estado de México, 3 de Junio del 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

El futuro pertenece a aquellos que creen en la belleza de sus sueños.

Eleanor Roosevelt

A Dios porque nunca me soltó de sus manos cuando el cansancio, el sueño y el frío de la madrugada me invadía durante la carrera, y me dio la fuerza y acrecentó mi fe para concluir esta maravillosa etapa de mi vida.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirme la puerta de la Institución y la de su corazón, dándome las herramientas y el conocimiento.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia-SUAYED, cuna de grandes psicólogos y a la cual representaré con ética, orgullo, amor, pasión y respeto a mi profesión.

A todos mis maestros de la carrera por guiarme con sus conocimientos, consejos, confianza y formación.

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de la Mtra. Verónica Cristina Morales Vásquez, a quien agradezco con todo mi corazón, porque siempre me apoyó, me tuvo paciencia, me orientó y me compartió sus conocimientos durante mi formación académica y en la elaboración y dirección de mi Manuscrito Recepcional, lo que permitió pudiera escribir este capítulo tan importante de mi vida.

Con todo amor a mi esposo Hugo y a mis hijos Hugo Eduardo y Valeria, son los seres más importantes en mi vida y a quienes les agradezco su compañía, creer en mí y siempre apoyarme, sobre todo cuando se presentaban momentos donde creí no poder y siempre estuvieron motivándome y apoyándome en todo momento para continuar.

A mi madre Toyita, porque me dio la vida y me enseñó cómo vivirla, además, me mostró que la edad y la salud no son una limitante para cumplir los sueños, sé que desde el cielo está celebrando este gran logro. Gracias por ser ese ejemplo de fortaleza, perseverancia, por enseñarme a no darme por vencida. *¡Te extraño!*

DEDICATORIA

A mi madre, porque me hizo una guerrera.

A mi esposo, porque fue paciente y comprensivo, para que pudiera realizar mis sueños.

A mi hijo y a mi hija, porque siempre me motivaron, estuvieron a mí lado en los momentos más difíciles y por haber brindado su comprensión cuando los necesité.

Al Psictpta. Armando Urrutia Baltazar, porque con la entrega y vocación a su profesión, fue la semilla que me motivo a cultivar esta grandiosa experiencia.

A Patricia porque fue la pieza clave para la realización de este trabajo.

A mi Coquita, quien es mi compañerita amada y no me ha dejado sola en ningún momento de la carrera.

A niguita que me acompañó en las noches de desvelo, de este recorrido.

A Gaby porque me animó con su sonrisa contagiándome en este andar.

De forma muy especial para Pancita, para quien deseo ser un gran ejemplo, así mismo deseo que sienta orgullo de su abuela, ya te espero con toda la ilusión y el amor para narrarte esta experiencia.

A las grandiosas mujeres que se volvieron mis ángeles, dejándome cada una, una lección de vida: Daya, Iris, Lulú, Luz, Paloma, Rebe y Vasti.

A los amigos que son la familia que yo escogí, especialmente, Lety y Sony por brindarme su apoyo y acompañarme hasta la puerta cuando inicié la carrera, a Juan Donato por su confianza y acompañamiento hombro a hombro *¡Si se pudo!*

“Por mi raza hablará el espíritu”

Índice

1. Justificación	1
2. Marco Teórico	5
2.1 Definición Cuidadores primarios informales.	5
2.2 Género y cuidado	6
2.3 Implicaciones psicosociales para los cuidadores primarios.	7
2.4 Depresión	8
2.5 Repercusiones físicas y autocuidado	8
2.6 Conflictos de roles	8
2.7 Desgaste físico y emocional por sobrecarga	9
2.8 Factores de protección	11
2.9 Apoyo a Cuidadoras Primarias	12
2.10 Enfermedad	13
2.11 Regulación Emocional	14
3. Objetivos	16
3.1 Objetivo general.	16
3.2 Objetivos específicos:	16
4. Estudio de Caso	17
4.1 Descripción del escenario:	17
4.2 Título del Caso:	17
4.3 Identificación de la paciente:	17
<i>Figura 1</i>	17
4.5 Motivo de consulta:	18
4.6 Historia del problema:	18
4.7 Análisis Secuencial Integrativo,	22
<i>Cuadro 1</i>	22
4.8 Delimitación de la conducta problema:	25
<i>Cuadro 2</i>	25
4.10 Instrumentos de evaluación:	26
4.12 Objetivos terapéuticos:	28
4.12.1 Generales:	28
4.12.2 Particulares:	29
4.13 Tratamiento:	29
4.14 Evaluación de la eficacia del tratamiento:	29
4.15 Procedimiento	30
Resultados de la evaluación:	36

5. Observaciones	37
6. Conclusiones	38
6.1 Competencias Globales	40
6.2 Funciones profesionales básicas.....	41
6.3 Perfil profesional de egreso.....	42
6.4 Responsabilidad social:.....	42
Referencias	44
Anexos:.....	49

Resumen

El presente trabajo es un estudio de caso $n=1$, que realiza una alumna inscrita al Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. El objetivo fue atender a una usuaria que presenta malestar emocional generado por el desgaste que ha vivido como cuidadora primaria de pacientes enfermos de cáncer. El enfoque teórico utilizado es el cognitivo conductual. Se inicia el proceso de evaluación de forma presencial mediante la programación de sesiones semanales. La evaluación se realizó con la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADAC), Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC) (Caregiver Burden Scale), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y Escala de Hamilton-Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), La HDRS (también conocida como Ham-D). Los instrumentos aplicados mostraron resultados sin afectación severa en ningún área.

Se identifica en la entrevista clínica realizada resistencia por parte de la usuaria para seguir recabando información y realizar el Análisis Funcional de la Conducta, por lo que se decide aplicar técnicas de respiración diafragmática y ejercicios de relajación e iniciar psicoeducación para la identificación de creencias irracionales para el llenado de autoregistros y tener una línea base de la conducta problema.

Sin embargo ante la no adherencia terapéutica de la consultante al proceso psicológico, se decide suspenderlo en la séptima sesión.

Palabras clave: Cuidadora primaria, terapias psicológicas, desgaste físico y emocional y no adherencia terapéutica.

Abstract

The present work is a case study n=1, carried out by a student enrolled in the Open University System and Distance Education of the Iztacala Faculty of Higher Studies of the National Autonomous University of Mexico. The objective was to attend to a user who presents emotional discomfort generated by the exhaustion that she has experienced as a primary caregiver of patients with cancer. The theoretical approach used is cognitive behavioral. The evaluation process begins in person by scheduling weekly sessions. The evaluation was carried out with the Goldberg Anxiety and Depression Scale (EADAC), the Caregiver Burden Scale (IEC), the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Hamilton-Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), HDRS (also known as Ham-D). The applied instruments showed results without severe affectation in any area.

Resistance on the part of the user to continue collecting information and performing the Functional Behavior Analysis was identified in the clinical interview, so it was decided to apply diaphragmatic breathing techniques and relaxation exercises and initiate psychoeducation to identify irrational beliefs to filling out self-registers and having a baseline of problem behavior.

However, given the therapeutic non-adherence of the consultant to the psychological process, it was decided to suspend it in the seventh session.

Key words: Primary caregiver, psychological therapies, physical and emotional exhaustion and therapeutic non-adherence.

1. Justificación

Cuando las personas necesitan cuidados especiales por enfermedad, accidente, discapacidad o requieran de apoyo como es el caso de los adultos mayores, demandan de los servicios profesionales necesarios para su atención, generalmente existe una persona que se encarga de los cuidados del sujeto dependiente, puede ser un integrante de la familia o amigo, se le conoce como cuidador primario informal, en este trabajo se mencionará el género frecuente para este rol, sus repercusiones sociales, económicas, psicológicas, biológicas y familiares.

La condición física u orgánica de un individuo, lo puede llevar a depender de los cuidados de una persona que regularmente es mujer y es cercana a su vida a la que se nombra cuidadora primaria informal. En México, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2021), habla que los cuidados son un elemento primordial en la vida del ser humano. Unas veces es quien cuida y otras tantas quien necesita de alguien más para ser cuidado, ya sea por cuestiones de edad, por discapacidad o por enfermedad, pero siempre se necesita del otro.

Lamentablemente, el tema de cuidados es desigual en el sector social, puesto que culturalmente quienes más se han dedicado a esas tareas son las mujeres, lo que genera una sobrecarga de tiempo que las limita a desarrollarse de manera personal, (INMUJERES, 2021).

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2017) informa que en México durante las últimas décadas y dadas las características de nuestra sociedad, el número de cuidadores informales está creciendo considerablemente. Cabe mencionar que no se deben confundir las funciones que realiza un cuidador informal en comparación a una persona técnica o profesional en enfermería, gericultura, rehabilitación, gerontología, entre otros profesionales de la salud, ya que los objetivos y alcances de cada una de las actividades

varía de acuerdo al perfil profesional. Existen aspectos que deben considerarse en este campo como son: el por qué se cuida, a quién se cuida, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de dependencia del familiar, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las auto exigencias que se imponen los mismos cuidadores, la importancia del autocuidado del cuidador, los factores económicos, así como las perspectivas del cuidado que la población demandará en los próximos años.

El INAPAM hace referencia a algunos de los retos que enfrenta México en el área de cuidado a las personas mayores, como son:

1. Fomentar y desarrollar la investigación en cuidados de largo plazo.
2. Dotar de Información detallada y precisa a las personas mayores y familiares.
3. Exhortar a las instituciones que brindan los servicios de cuidados, a que sean sensibles a las necesidades clínicas y de atención, que provean una atención digna y respetuosa.
4. Impartir cursos y estándares de certificación nacional para profesionales y cuidadores informales.
5. Institucionalizar los cuidados de largo plazo.
6. Crear comunidades de práctica y de aprendizaje, a fin de mejorar esta actividad en los hogares, a través de capacitación interdisciplinaria.

Es interesante considerar que, de acuerdo con una investigación en México sobre autopercepción de eficacia para llevar a cabo cuidados, resulta que las mujeres son las que más autoeficaces se perciben para cuidar a una persona dependiente, en contraste con la menor percepción de autoeficacia para cuidar que reportaron los varones, (Muñoz, 2019).

Con todo esto es posible definir el perfil más representativo de cuidador informal mexicano: corresponde con el de una mujer, con una edad promedio superior a 50 años,

casada, que suele ser la hija o la cónyuge de la persona que precisa de apoyo (INMUJERES, 2008).

Armstrong, (2005) citado en (Barrón y Alvarado, 2009) señala algunas de las características demográficas de los cuidadores informales descritos en la literatura: en su gran mayoría lo constituyen mujeres (83.6%); destacando a las amas de casa (44.25%), que van de los 45 a los 65 años de edad, un importante sector los constituyen individuos sin estudios (17.1%) y con parentesco directo con la persona cuidada. Estos datos confirman que la gran mayoría son individuos que no reciben ayuda de otras personas (53.7%), gran parte de los cuidadores comparten el domicilio con el enfermo y prestan ayuda diaria, en la mayoría de los casos sin remuneración.

Bátiz, (2008) citado en (Barrón y Alvarado, 2009) asegura que, muchos de los cuidadores, no reciben ayuda de ninguna otra persona en las funciones que realizan, ni siquiera de familiares cercanos. Al mismo tiempo señala que ha sucedido que los cuidadores son quienes rechazan todo tipo de colaboración. Afirma que en algunas ocasiones lo hacen convencidos de que como ellos, nadie más va a soportar tan dura carga. Los cuidadores, refieren haber renunciado a su propio bienestar, no desean que nadie más arrastre este sacrificio, ni que el enfermo con el que han creado un vínculo de interdependencia, sea motivo de rechazo para otras personas.

En promedio, la cuidadora informal mexicana suele dedicar 14 horas diarias a la atención de un dependiente, tal y como fue registrado en una investigación que asoció la sobrecarga de los cuidadores y su calidad de vida, con la funcionalidad familiar (Salazar, et al., 2019). Las cuidadoras informales tienen otro trabajo –además de cuidar– en el 29% de los casos, y se calcula que 74% de ellas se encuentran sin apoyo de otras personas o profesionales médicos (Muñoz, 2019).

La calidad de vida de los cuidadores puntúa de la siguiente forma: el 70% su calidad de vida es aceptable, el 20.9% alta y el 8.1% deficiente. El 54.7% presenta una satisfacción

aceptable de su estado de salud, el 29.9% satisfacción alta y el 16.3% satisfacción deficiente. En la dimensión de salud física se encontró una media de 56.35%, en la salud psicológica de 56.78%, en las relaciones sociales de 45.54% y en el medio ambiente 51.30%, (Salazar, et al., 2019).

Existen datos en otros países, donde se hace mención a los siguientes puntos, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) de España, señala que el cuidado informal constituye en la actualidad el sistema principal de provisión para las personas que necesitan ayuda en su vida diaria. Destacando que en el 12% de las viviendas familiares se lleva a cabo algún tipo de ayuda informal, y un 5% de las personas adultas definen “cuidador” como uno de sus roles (Domínguez et al., 2010).

En Inglaterra, hallazgos estadísticos señalan que un millón y medio de cuidadores proporcionan un promedio de 20 horas de cuidados a la semana y un millón le dedican más de 36 horas; de igual forma, datos epidemiológicos sobre los cuidadores familiares en la población española señalan que el 85% de los cuidadores es de sexo femenino y presta ayuda diaria a su familiar (Achury et al., 2011, p. 34).

En los Estados Unidos de Norte América, se calcula que 52 millones de cuidadores familiares proporcionan atención a una persona que está incapacitada y/o necesitada de asistencia en relación con su salud, como a personas adultas mayores (Marc, et al., 2011).

Es necesario estudiar este tema porque como se ha mencionado, se vuelve relevante, no solo el indagar en estos datos y en lo que constituye para el cuidador, sino también en aquello que, una vez dentro del hogar, pudieran estar propiciando algunas implicaciones negativas, como lo puede ser el estilo con el que se brinda el cuidado y el impacto en la dinámica familiar (Fernández, 2021 p. 2).

García (2021) menciona lo que la psicología puede hacer en beneficio de las cuidadoras primarias informales, por medio de la orientación y atención, por ejemplo a través de grupos de ayuda donde se les brinda un sentido único de comunidad, aceptación

incondicional e información sobre el cáncer y su tratamiento, en estos grupos se comparten experiencias, que se desahogan sin temor a ser recriminados, juzgados.

2. Marco Teórico

2.1 Definición Cuidadores primarios informales.

Existen diversas definiciones en torno a los cuidadores primarios informales, sin embargo, para fines de este trabajo se retoma de la opinión de Rangel (2014), menciona la cual determina que cuando una persona se enferma, es frecuente que su familia o amigos hagan cosas para cuidarla. Dentro de la familia algunas personas realizan más actividades y otras involucrándose menos en el cuidado. Habitualmente existe una persona que se hace cargo de la mayor parte del cuidado y apoya al paciente tanto en casa como en el hospital o las consultas; a esta persona se le conoce como cuidador primario. Rangel (2014) señala las actividades que realiza el cuidador primario, como es apoyar a su familiar o amigo enfermo: preparan los alimentos, les ayudan con el baño o la ducha diaria, le acompañan a las consultas y durante las hospitalizaciones; compran los medicamentos y le ayudan a tomarlos, en algunos casos también realizan curaciones o procedimientos, platican con el paciente, le ayudan a mantener un buen estado de ánimo, entre muchas otras.

En la definición de Expósito (2008), se menciona que el cuidador primario, es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia.

Mientras que Caqueo y Navarro (2013), definen el ideal de un cuidador primario, como el familiar o persona allegada al familiar enfermo, que sigue las indicaciones del médico,

muestra disposición en atender, da seguridad, comprensión y bienestar emocional al paciente, refieren que si bien estas son las características que deben de tener para ser cuidador no siempre se cumplen dichas características puesto que no existe una educación previa para dicha actividad de cuidado.

Torres, et al., (2006) señalan que los cuidadores primarios son aquellas personas o familiares que se encargan del cuidado del enfermo, estas personas tienen un lazo afectivo más estrecho que los une para que uno cuide del otro, cuando se le atribuye el estereotipo de cuidador primario, la mayoría de los cuidadores deja a un lado sus actividades personales por el cuidado del familiar enfermo, puesto que se tienen que centrar en el proceso del enfermo, dejando a un lado su vida laboral, personal, así como sus pasatiempos, ésta persona es la encargada y es vital para el enfermo.

2.2 Género y cuidado

De acuerdo a Cascella y García (2020) “cuidar es en el momento actual un verbo muy importante y las sociedades contemporáneas, lo asignan como condición natural al género femenino; de esta forma son las mujeres quienes cuidan vitalmente a otros: hijos, familia, enfermos, abuelos, nietos”; por lo que existe el cuestionamiento si el cuidado es intrínsecamente femenino, ¿por qué son las mujeres las que cuidan? o si es una visión cultural.

Las sociedades occidentales, están impregnadas de valores cristianos, las mujeres se han dedicado tradicionalmente a las labores del ámbito familiar y reproductivo mientras que los hombres han tenido una mayor participación en el ámbito productivo. La responsabilidad del cuidado en general, a la dependencia, a la infancia, a la vejez, el cuidado del hogar, etc., se ha relegado al espacio privado o doméstico, que en nuestra sociedad se asigna a las mujeres, (Cascella y García, 2020) .

Expósito, (2013) opina que hay una característica que puede considerarse como distintiva, fundamentalmente por factores culturales coincidentes en diversos países y

contextos que le han asignado a la mujer el papel de cuidar, ya que desde edades tempranas es entrenada para el cuidado de los hijos; sentido que ha planteado en la literatura que las mujeres han asumido el rol tradicional de cuidar como algo propio de su género.

Se pone de manifiesto que la distribución de la carga por concepto de cuidar a un familiar enfermo, aún sigue siendo diferente entre hombres y mujeres. Desde épocas muy tempranas en la evolución de la cultura humana, han sido las mujeres principales depositarias y transmisoras de conocimientos para el cuidado de la salud en el núcleo familiar, (Expósito, 2013).

Mier, et al. (2006), dan respuesta a la pregunta ¿por qué cuidan las mujeres? comentando que es algo que ocurre de forma natural, como un hecho producido por diversas circunstancias y situaciones, en las que por lo general parece no existir otra opción y que junto a las diversas situaciones o circunstancias “naturales” que hacen que sean ellas quienes cargan con la responsabilidad del cuidado, se mezclan también sentimientos de deber moral o compensación hacia la persona cuidada, a ello debe añadirse el cariño o el amor que se profesa hacia la persona atendida y la pena que sienten ante su proceso de envejecimiento o deterioro, lo cual hace que el cuidado llegue a entenderse como un deseo por parte de las cuidadoras.

2.3 Implicaciones psicosociales para los cuidadores primarios.

Aun cuando varios autores describen que en especial las mujeres se ofrecen y se adueñan de las condiciones de los pacientes que requieren cuidadores primarios. Por lo tanto son las mujeres quienes se ven asociadas a diversas implicaciones.

De acuerdo con Given, et al., (2009) citado en (Quintero, 2014) es común que desde la etapa diagnóstica los familiares apoyen al paciente en situaciones novedosas, tales como: el seguimiento del tratamiento y el manejo de efectos secundarios, lo cual constituye un factor de estrés e incertidumbre; adicionalmente, los miembros de la familia deben manejar sus respuestas psicológicas, las cuales están mediadas por factores sociodemográficos,

experiencias previas de enfrentamiento, características de relaciones familiares previas, estado de salud, factores culturales, etapa de la enfermedad, horas dedicadas al cuidado, roles desempeñados, entre muchos otros.

2.4 Depresión

Quintero (2014) presenta la opinión de diferentes autores donde mencionan que dentro de las situaciones que se asocian con su inicio se encuentran: sobrecarga mantenida (JBI-UA, 2012), sentimientos constantes de tristeza, sensaciones de soledad y aislamiento, timidez y falta de habilidades para solicitar apoyo social, percepción de bajo apoyo social, progresión de la enfermedad, déficits en habilidades de enfrentamiento para manejar la situación (Given, et al.. 2009), sentimientos de irritabilidad y culpa (Munck, et al.. 2008).

Adicionalmente, tanto los cuidadores como los pacientes al estar enfrentados a un evento que amenaza la vida, presentan mayor cantidad de rumiaciones relacionadas con aspectos existenciales, reevaluación de metas y múltiples áreas de preocupación por la cercanía de la muerte (Galfin, et al., 2010).

2.5 Repercusiones físicas y autocuidado

Los cuidadores también presentan efectos en su salud física, entre ellos, fatiga crónica y trastornos del sueño derivados de las horas de cuidado, baja respuesta del sistema inmune, respuesta alterada a influenza, demoras para la cura de heridas, presión sanguínea alta, perfiles alterados de lípidos (Given et al., 2009; Hernández, 2011), dolores de espalda, de cabeza, úlceras, anemia, tensión muscular, además de percepción global de mala salud (Alpuche, et al., 2008).

2.6 Conflictos de roles

De Santillana (2009), opina que en el entorno familiar se pueden presentar conflictos:

- a) Con la familia nuclear del cuidador por el tiempo dedicado al paciente.

b) Con otros familiares del paciente por diferencias en cuanto a lo que consideran cuidado “adecuado”.

c) En la toma de decisiones, situación que es aún más frecuente si el paciente no ha realizado una planeación anticipada de su cuidado y el final de su vida; los cuidadores perciben que el apoyo de otros familiares no es suficiente o no es equivalente al esfuerzo que ellos realizan, teniendo sensaciones de soledad y falta de apoyo frente a decisiones y de salud y económicas, los malos entendidos sumados a la situación de estrés generan disfunción familiar.

Respecto a los roles laborales existen dificultades para equilibrar el cuidado con actividades laborales, presentando mayor porcentaje de días perdidos, interrupciones laborales, ausentismo, productividad reducida, lo cual conlleva además a problemas económicos y disminución de ingresos; sin embargo, en algunos casos trabajar se convierte en un aspecto positivo para los cuidadores (De Santillana, 2009; Given et al., 2009).

El tiempo libre y las actividades personales disminuyen, afectando la vida social del cuidador, incrementando sentimientos de soledad, falta de apoyo social y aislamiento (Hudson, et al., 2012).

2.7 Desgaste físico y emocional por sobrecarga

La sobrecarga es un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos y que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal (Alpuche, 2007).

La sobrecarga de cuidadores es una reacción negativa, se evidencian varios factores que son tanto consecuencias de la carga como desencadenantes de la misma, entre ellos: demandas del cuidado (número de actividades, tiempo dedicado al cuidado, falta de descanso), cambios en las rutinas del cuidador y roles que se contraponen, estado de salud del cuidador, conocimiento limitado frente a la situación de terminalidad y los cuidados que

ésta conlleva, responsabilidades en toma de decisiones, dificultades financieras, falta de soporte y apoyo de personas, las mujeres y las personas que tienen empleo presentan mayores niveles de carga (Barahona Álvarez, 2013; De Santillana, 2009; Gómez, 2008; JBI-UA, 2012) citados en (Quintana, 2014).

Caqueo y Navarro (2013), refieren que el trabajo de cuidar aún enfermo puede llegar a ser hasta de 24 horas, lo que puede provocar altos niveles de desgaste físico y psicológico e incluso dar origen a lo que se conoce hoy en día como el *Síndrome del cuidador primario*, que está relacionado con la sobrecarga que, a nivel físico como emocional, que pueden padecer quienes ejercen la labor de ser cuidador primario.

Entre las personas que asumen ese cuidado muchas veces aparecen una serie de síntomas que dan lugar al Síndrome del cuidador. Este síndrome se caracteriza por la presencia de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea, o abuso de sustancias nocivas, entre otros. Estas personas tienen sentimiento de culpa, dejan de lado sus actividades de ocio y diversión, así como a sus amigos, para dedicarse plenamente a la tarea del cuidado; manifiestan también tristeza y tensión ambiental, son incapaces de relajarse y pueden presentar un aislamiento social y sentimiento de soledad (Martínez, 2020).

(Villarejo, et al., 2012) hacen mención a las causas y factores de riesgo que pueden aparecer en los cuidadores de personas dependientes con el Síndrome del cuidador haciendo referencia a: mayor probabilidad a mayor edad de la persona dependiente, presencia de agresividad, mayor número de enfermedades o patologías físicas y psicológicas, ausencia de colaboración de otros familiares, ausencia de formación e información en el cuidador y no formar parte de una asociación o grupo de ayuda.

Dentro de los síntomas que aparecen en el cuidador se encuentra el estrés, ansiedad, depresión, cansancio, falta de energía, indefensión, agotamiento continuo, dificultad de concentración, irritabilidad, insomnio, imposibilidad de relajarse, palpitaciones, cambios

frecuentes de humor, apatía constante, tensión emocional, desesperanza, no se encarga de satisfacer sus propias necesidades por falta de tiempo, deja de lado amistades y el ocio, impaciente, resentimiento, aislamiento familiar y social (López, et al., 2009).

La tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden: físico, psíquico y socio-familiar, los cuales originan un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento, considerando la edad del cuidador, así como su género, tiempo que lleva cuidándolo, y las responsabilidades diarias a parte del cuidado del enfermo (Torres, et al., 2006).

De acuerdo a Centeno (2004), en el 54% de los cuidadores primarios se detectan problemas de ansiedad y a medida que avanza la enfermedad del familiar el 28% de ellos llega a presentar síntomas depresivos, manifestando así evidente tristeza, pesimismo y apatía y el 17% presentan ideas obsesivas, fatiga crónica, irritabilidad hacia el enfermo o persona de su entorno e ideación suicida.

2.8 Factores de protección

A pesar de las consecuencias negativas del rol de cuidador descritas previamente, se ha observado que, algunos cuidadores presentan respuestas positivas ante su rol, considerándolo como una experiencia satisfactoria y llena de significado, incrementando su autoestima, su estado de ánimo, generando sentimientos de confianza, principalmente, por haber apoyado al familiar en sus necesidades y a cumplir sus deseos; dichas percepciones pueden moderar o disminuir el impacto de las consecuencias negativas permitiendo, incluso, un mejor enfrentamiento de la etapa posterior a la muerte, es importante considerar que tanto los efectos positivos como los negativos pueden ser simultáneos (Given et al., 2009; Weibull et al., 2008) citados en (Quintana, 2014).

En estas implicaciones Barrón y Alvarado (2009) hablan del síndrome del cuidador primario que suele estar provocado por la dificultad que entraña para el cuidador como es el

cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver como un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas. Extendiendo el comentario del autor, la descripción del síndrome se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos, el segundo aspecto, la despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo; el tercer componente en estas reflexiones es el sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo, (p. 42)

2.9 Apoyo a Cuidadoras Primarias

De acuerdo a Cárdenas y Reyes (2015), el cáncer es una enfermedad que impacta al enfermo, quien presenta un deterioro físico, fisiológico y psicológico, por lo que requiere de información, orientación y educación para su autocuidado. Es importante integrar al cuidador primario, para que comprenda y aprenda a brindar cuidado durante el proceso terapéutico. Con apoyo de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX), los autores realizaron una investigación a partir de la motivación que generó el frecuente ingreso de pacientes al servicio de Atención Médica Continua (AMC), quienes en su totalidad estaban recibiendo quimioterapia. El objetivo fue impartir un programa educativo, como intervención de enfermería, dirigido a cuidadores primarios y a pacientes con tratamiento de quimioterapia, que ingresan al servicio de AMC del Centro Oncológico Estatal del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM). Se brindó orientación y educación en servicios hospitalarios a los que acuden ya que no es suficiente y oportuna. La falta de conocimientos sobre cuidado y autocuidado en el hogar que poseen los familiares y pacientes con cáncer, hace que con frecuencia acuden al servicio de AMC.

Cárdenas Reyes (2015) mencionan que la función educativa en enfermería es imprescindible, particularmente en familiares y pacientes oncológicos que reciben

quimioterapia, en la medida en que resuelven dudas e inquietudes, disminuye la angustia, temor e inseguridad por cuidar y ser cuidado en el hogar.

El Instituto Nacional de Desarrollo Social, del Gobierno de México, informa que el Centro de Cuidados Paliativos de México, (CECPAM), se fundó en el año de 2006, para atender a pacientes terminales en su domicilio. Un grupo de profesionales que había trabajado en centros de cuidados en distintas partes del mundo, fundó esta organización y desde entonces ha atendido a 1,392 personas con enfermedades terminales.

Con apoyo del Programa de Coinversión Social del Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL), en 2014 la organización implementó el proyecto “Por un mejor cuidado de las y los cuidadores primarios”, con el fin de mejorar las condiciones de vida de 120 mujeres que se desempeñan como cuidadoras primarias informales de pacientes terminales. Las cuidadoras recibieron orientación, capacitación y procesos de integración del núcleo familiar en el cuidado. Aprendieron técnicas de contención y distensión emocional para evitar un colapso físico, psicológico y emocional; en el organismo existe un grupo de mujeres cuidadoras profesionales que apoyan a las cuidadoras informales para que tomen un respiro, un descanso o atender su propia vida, es decir es un apoyo para que puedan seguir con esa carga, (INDESOL, 2015).

2.10 Enfermedad

Fernández (2004), señala que la enfermedad puede tomarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar a una familia. Cuando un integrante de la familia se encuentra enfermo puede originar una crisis emocional en todos los integrantes, esta crisis dependerá de la historia personal del enfermo, su estado físico y psicológico y el diagnóstico de la enfermedad, los recursos económicos con los que enfrentar la enfermedad (medicación y hospitalización).

INCAN, (s/f) indica que la palabra cáncer se utiliza para describir un grupo de enfermedades que pueden aparecer en cualquier órgano del cuerpo humano. Estas

enfermedades se caracterizan por el desarrollo de células anormales que crecen de manera descontrolada debido a que existen alteraciones importantes en los mecanismos de regulación del crecimiento celular. También argumenta que el cáncer en México se reconoce ya como la segunda causa de mortalidad.

Barrón y Alvarado (2009), definen el cáncer como una multiplicación desregulada de las células, con la consecuencia de un incremento anormal en el número de las mismas en órganos particulares, en estadios iniciales, que posteriormente puede llegar a diseminarse afectando el funcionamiento normal del organismo. Actualmente en el mundo hay aproximadamente 20 millones de personas vivas que sufren algún tipo de cáncer. Se esperaba que para el 2020 habría más de 30 millones a nivel mundial. Lo cual puede considerarse en estricto sentido como un problema de salud pública que ha aumentado de manera acelerada en las últimas décadas, en morbi-mortalidad en la mayoría de los países del mundo.

Los cuidadores primarios ocupan un lugar esencial en la atención de estos enfermos, absorbiendo la carga principal de los cuidados. Sin embargo y paradójicamente a las repercusiones negativas que se tienen tanto en la atención de los enfermos de cáncer como en las del deterioro de las redes sociales primarias, las publicaciones centradas en esta figura son pocas. Acorde con las costumbres mexicanas, es común observar que sea alguien de la familia quien se convierta en el apoyo principal de la persona enferma, es decir, en su cuidador principal (Barrón y Alvarado, 2009).

2.11 Regulación Emocional

En la opinión de Fernández (2020) el concepto y estrategias de todas las emociones tienen un valor adaptativo importante, no siempre son deseables porque pueden mostrar cierta incompatibilidad con las normas sociales para una situación en particular, o porque generan sufrimiento físico o psicológico. Los individuos entonces buscan inhibir o reducir

emociones dolorosas o inapropiadas y generar o aumentar emociones placenteras o deseables socialmente, Niedenthal & Ric, (2017) citado en (Fernández, 2020, p. 29).

Thompson (1994) citado en (Garrido, 2006), define la regulación emocional como el "proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta". Esta definición se considera como base, ya que permite conceptualizar la regulación emocional como un proceso que ayuda al ser humano a manejar sus estados emocionales, para lo que puede utilizar distintos tipos de estrategias que conducen a ese objetivo.

Desde la opinión de Bisquerra (2020) citado en (Gómez, 2020), la regulación emocional es la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Admite tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento; es decir tener buenas estrategias de afrontamiento; capacidad para autogenerarse emociones positivas, etc., sostiene que para comprender el estado emocional interno no requiere corresponder con una expresión externa. Bisquerra hace énfasis en la regulación de emociones y sentimientos lo que incluye regulación de la impulsividad por ejemplo ira, violencia, comportamientos de riesgo; la tolerancia a la frustración para prevenir estados emocionales negativos como ira estrés, ansiedad, depresión, etc., preservar en el logro de los objetivos a pesar de las dificultades.

Gratz y Romer citados en (Gómez, 2020), definen la desregulación de las emociones como una construcción multidimensional que involucra lo siguiente:

- (a) Falta de conciencia, comprensión y aceptación de las emociones.
- (b) Falta de acceso a estrategias adaptativas para modular la intensidad y/o duración de las respuestas emocionales.

(c) Falta de voluntad para experimentar angustia emocional como parte de la consecución de los objetivos deseados.

(d) La incapacidad de participar en conductas dirigidas a objetivos cuando se experimenta angustia.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general.

- A partir de los resultados y de las observaciones que se recabaron en las sesiones con una cuidadora primaria, se decide indagar más sobre la presencia de enojo e intolerancia que externó la usuaria, para lo cual se solicitó realizar un registro TREC, de lo derivado de este y por medio de la intervención cognitivo-conductual trabajar la regulación de sus emociones.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar el tipo de emociones que presenta una mujer adulta que funge como cuidadora primaria.
- Conocer las emociones vinculadas a los procesos cognitivos de una mujer adulta que funge como cuidadora primaria.
- Analizar las acciones en base a las emociones de una mujer adulta que funge como cuidadora primaria.
- Describir las emociones de enojo e intolerancia de una mujer adulta que funge como cuidadora primaria ante sucesos cotidianos.
- Prestar atención a las emociones de una mujer adulta que funge como cuidadora primaria desde los aspectos fisiológicos.

4. Estudio de Caso

4.1 Descripción del escenario:

El escenario fue dentro de un consultorio privado, con instalaciones y servicios adecuados para la atención psicológica.

4.2 Título del Caso:

“La no adherencia terapéutica de una cuidadora primaria”.

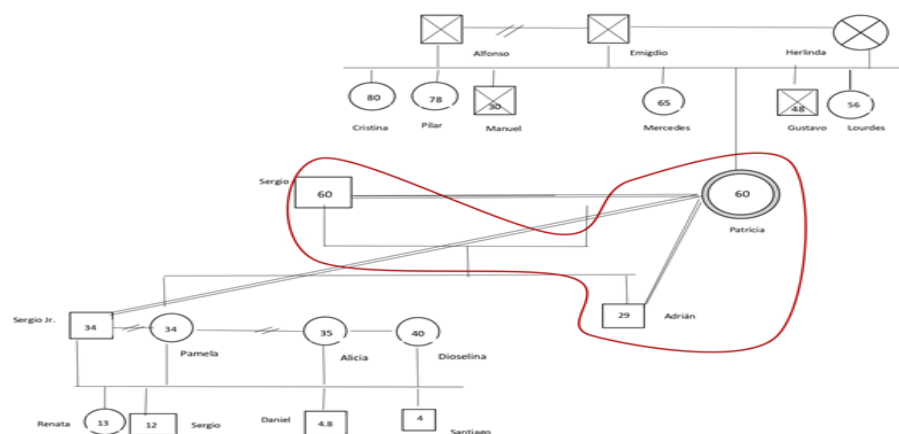
4.3 Identificación de la paciente:

Mujer de 60 años de edad, para garantizar la confidencialidad en lo sucesivo se le denominará “Patricia”, vive en el municipio de Metepec, Estado de México. Cabe mencionar que la consultante fue localizada en la clínica 251 del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) donde acudía a solicitar la incapacidad médica para su esposo.

Está casada desde hace 36 con Sergio quien tiene 60 años de edad, procrearon 2 hijos, su edad actual es de 34 y 29 años de edad; su esposo al igual que ella son jubilados, sus hijos son empleados, el mayor es casado. La señora Patricia estudió la licenciatura en Ciencias Políticas y Administración Pública.

4.4 Familograma

Figura 1



4.5 Motivo de consulta:

La consultante desde el primer contacto demanda atención porque se siente afectada en distintos ámbitos de su persona, originados a partir de que se convirtió en cuidadora primaria de su madre y su esposo.

4.6 Historia del problema:

Patricia ha sido cuidadora primaria desde hace 17 años, primero de su madre y tiempo después de su esposo, ambos con diagnóstico de cáncer, Patricia comenta que su hermana en algún momento, participó como cuidadora de su madre y su hijo menor la apoyó en el cuidado de su esposo.

Después del fallecimiento de su madre a consecuencia cáncer de colon, su esposo fue diagnosticado con cáncer en el esófago seguido de las quimioterapias y una intervención quirúrgica lo reportan como estable, Patricia dice que su esposo, superó la enfermedad, pero sigue en observación médica.

Patricia describió la atención que brindó como cuidadora primaria a su madre, argumentó que le dedicó el mayor tiempo que le fue posible, estuvo pendiente de sus medicamentos, la llevaba a sus visitas médicas, le ayudaba hacer sus ejercicios, de todo lo que conllevaba su atención (higiene personal y alimentación), platicaban un poco de su situación, le ponía en la televisión los programas que a su madre le gustaban, indica que le dio un tiempo de calidad. Actualmente hace lo mismo con su esposo, aunque menciona que él trata de no depender de ella, mostrándose autosuficiente aun cuando él sabe de la magnitud de su enfermedad siempre se ha mantenido como un roble situación que comenta Patricia le es de mucha ayuda.

Para Patricia lo primero que viene a su mente al mencionar cuidador primario es ser el pilar de la familia o de alguna persona que necesita ayuda, le causa admiración ver lo que puede hacer un cuidador primario y le sorprende pensar que ella ha sido ese pilar.

Patricia piensa que como cuidador primario no se puede seguir un protocolo de atención dentro de la casa, que un cuidador debe de platicar al dependiente lo que le nace, lo que siente en cada momento, ya que no se puede programar lo que al día siguiente se va a conversar, que se debe hablar temas que al enfermo le agraden y realizar una conversación que nazca del corazón que eso es muy importante para el enfermo.

La consultante aceptó ser cuidadora primaria por la simple razón de que se trataba de su madre y de su esposo y por el amor que le nace. Agrega que no ha recibido ninguna capacitación para ser cuidadora, que la práctica y la necesidad la hicieron aprender sola. También comenta que no recibe ninguna remuneración económica por ser cuidadora primaria por parte de alguna dependencia pública o de una fundación, incluso tampoco de algún familiar. Patricia piensa que no se debería de recibir ninguna remuneración porque se deben de hacer las cosas sin esperar nada a cambio.

Al preguntar si sus creencias religiosas la obligan a atender a personas dependientes, mencionó que no, que sus creencias para ella son sagradas y que gracias a eso Dios siempre la escucha y solo se apoya en su fe para ayudar a quien lo necesite.

La consultante mencionó que por ser ella parte de la familia se puede considerar su obligación el convertirse en cuidadora primaria, por el hecho de ser la esposa, la madre, la hija, etc., pero en su caso más que como obligación lo ve como la oportunidad de ayudar y de que el enfermo salga adelante. Además comentó que sabe de casos donde hombres y mujeres se involucran en los cuidados de una persona dependiente, opina que son más mujeres las que se desempeñan como cuidadoras, porque tienen más habilidades y piensa que a manera personal, no por el hecho de ser la única mujer en su familia debe ser la cuidadora.

Patricia siente satisfacción de ser cuidadora primaria porque puede apoyar, pero también comenta que si en algún momento ella ya no puede ayudar, aceptaría delegar la

función de cuidador primario a otra persona, en especial a alguno de sus hijos, porque ella sabe que no la defraudarán si ella se los pidiera.

La consultante refiere que, ha tenido un sentimiento de frustración porque le hubiera gustado dar mejor atención y estar más tiempo con su madre, esto porque ella trabajaba pero si no lo hacía dejaba de generar ingresos. Dentro de su historia de vida si algo pudiera cambiar ante los cuidados primarios, sería que si su situación económica hubiese sido mejor, porque hubiera cuidado a su madre directamente en su casa, que era donde la señora se sentía bien.

Con respecto a pedir ayuda psicológica ante su condición de cuidadora primaria, Patricia reconoció que no, solo si estuviera en una situación de estrés y remordimientos, con situaciones que la dañaría, incluso con situaciones que no pueda controlar, de ser así, sin duda pediría la ayuda, pero como hasta el momento se siente bien con lo que ha hecho está satisfecha.

La consultante menciona que por atender a una persona dependiente ha dejado de lado alguna cita médica personal, algún compromiso laboral o social. Se llegó a sentir rebasada o saturada como cuidadora cuando su madre agravó y tenía que cambiar a sus hijos de escuela y no tenía para las colegiaturas por los gastos que la atención médica requería, cuando tenía que dividir la atención con sus hijos por las actividades escolares, en estas situaciones es cuando ella pedía ayuda a Dios para saber qué hacer.

Explica que la enfermedad de cáncer es muy costosa, toda vez que para la atención de su madre tuvo que vender casas y autos para solventar sus gastos, en virtud de que la señora, no tenía servicio médico, no siendo así con la atención para su esposo ya que él tiene la prestación para su atención de salud, pero aun así ha gastado mucho dinero.

Como cuidadora primaria presentó problemas de salud como estrés. Para su cuidado personal realiza actividades como ir al club, comer lo mejor posible, distraerse con su familia, cuida de su arreglo e higiene personal, le gusta estar en su casa.

Patricia no se ha sentido aislada socialmente por ser cuidadora primaria, porque aun cuando tiene pocas amistades, que siempre estuvieron al pendiente de ella aunque haya sido por teléfono, lo que la hizo sentir acompañada.

Patricia comenta que como mujer su vida es como lo creyó, porque dice que ella siempre visualiza las cosas y se vio viviendo como lo hace, esto gracias a sus creencias religiosas y que es muy feliz. También se visualizó como cuidadora primaria aunque para ella una cosa es visualizarlo y otra vivirlo, ya que no se imaginaba que vivir la experiencia de cuidadora primaria fuera tan difícil, ya que para ella hay de enfermedades a enfermedades; argumenta con ejemplos su experiencia: como fue el despertarse en la madrugada para revisar a su madre porque había ocasiones que le sucedían accidentes, o estaba vomitando, en esos momentos tenía que consolarla y hablarle de buena manera para que no se sintiera mal, permaneciendo con ella hasta que se tranquilizaba, en seguida Patricia tenía que tratar de conciliar el sueño para que al día siguiente pudiera salir a trabajar, mencionó que son situaciones que solo las personas que las viven saben de lo que se trata.

Patricia se describe como una persona que ha vivido todo tipo de situaciones, que actualmente es una persona tranquila, se siente realizada en todos los aspectos, con problemas como cualquier familia los tiene, pero que tienen solución. Tiene muchas ganas de vivir al lado de su esposo y de sus hijos, así como de vivir los días que Dios le permita y hacerlo de la mejor manera. Ella considera que su estado salud es bueno por lo que se siente tranquila y feliz.

4.7 Análisis Secuencial Integrativo,

Cuadro 1.

Análisis Secuencia Integrativo			
(E) Estímulo	(O) Organismo	(R) Respuesta	(C) Consecuencias
Historia Pasada:	Biológico:	Conducta de interés	Inmediatas
Proceso de enfermedad y fallecimiento de su madre.	La consultante tiene sobrepeso.	Enojo, el cual se presenta cuando la contradicen, o su familia hace desorden	Reducir el enojo, ante sucesos con su familia cuando la contradicen en relación a su opinión y cuando le mienten.
Proceso de enfermedad de su esposo.	Existe un diagnóstico médico de Hipotiroidismo.	Poca tolerancia, a la mentira y a que le oculten las cosas por creer que la preocupan o le provocan el sentimiento de enojo.	Ser más tolerante, cuando le ocultan las cosas para no hacerla enojar.
Pérdida de bienes por gastos médicos.	Leve desviación de la columna vertebral.		
Desatención a sus hijos.	Dolor de huesos.		
Externas:	Para ambos casos emplea medicamentos.	Impotencia, tristeza, dolor, por no brindar más tiempo a su madre durante el proceso de su enfermedad.	Al no regular sus emociones:
<i>Dónde:</i> casa.			<i>A corto y mediano plazo:</i>
<i>Cuando:</i> Hubo la presencia de la enfermedad de Cáncer en su familia.	Habilidades: La usuaria tiene facilidad de palabra para expresarse.		Reaccionar de forma impulsiva y sin reflexionar en las consecuencias de sus actos.
<i>Con quién:</i> Su madre y esposo	Aunque ante determinados eventos limita su forma de	No adherencia, en virtud de que se apoya	

<p>Temática Interna:</p> <p>Cogniciones: Frustración Enojo Tolerancia Insomnio.</p>	<p>expresarse como es la presencia de algún familiar.</p> <p>Apariencia personal muestra buena higiene, y buena presentación.</p> <p>A pesar de que expresa tener una vida tranquila, en armonía y feliz, identifica emociones y sentimientos como insatisfacción ante los cuidados que brindó a su madre, aunque fueron muy buenos siente que le faltó darle más atención.</p>	<p>de pretextos para no realizar las actividades encomendadas en el proceso psicológico.</p> <p>Cognitivo: Indiferencia ante sus proyectos de vida porque le gusta ayudar a sus hijos.</p> <p>Rumiación, persiste por los pensamientos o sentimientos relacionados con el fallecimiento de su madre y el impacto que su pérdida tiene en la vida de la consultante, es una reacción común en el duelo cuyo propósito y resultado es muy individual en el caso de la muerte de su madre “piensa que</p>	<p>Estar a la defensiva.</p> <p>Enfadarse e incluso podrá deprimirse ante situaciones estresantes.</p> <p>Dificultad para mantener la atención en algo concreto durante tiempo prolongado.</p> <p>Mostrarse impaciente.</p> <p>A largo plazo Sobrevenir problemas relacionados con su salud mental (trastorno de ansiedad, depresión mayor,</p>
--	---	---	--

		<p>pudo haber hecho más por ella”</p> <p>Fisiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Enojo. • Poca tolerancia. 	<p>ira, estrés etc.)</p> <p>problemas físicos (enfermedades cardiovasculares, reumáticas, inmunológicas, dolor crónico etc.), resentimiento a su entorno.</p> <p>Uso de fármacos</p> <p>Internas:</p> <p>Verse sola a futuro como cuidadora primaria y como mujer.</p> <p>Externas:</p> <p>No ha podido realizar planes personales por ayudar a sus hijos, aunque comenta que esto no le causa frustración pues ellos son su prioridad.</p>
--	--	--	---

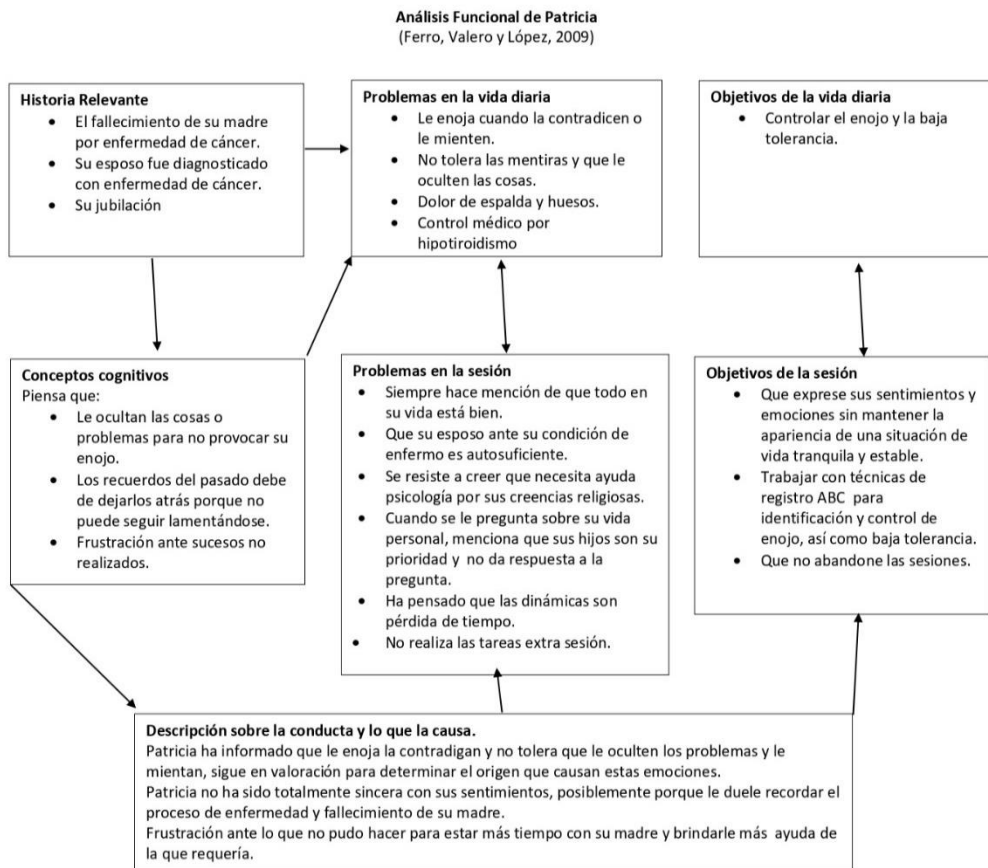
			<p>De otros:</p> <p>Ayudar en los problemas personales de sus hijos.</p>
--	--	--	---

4.8 Delimitación de la conducta problema:

En el análisis secuencial integrativo, presenta problemas emocionales, fisiológicos y cognitivos, la usuaria, tiene negación para trabajar sus emociones.

4.9 Análisis funcional

Cuadro 2



4.10 Instrumentos de evaluación:

Datos demográficos: es información sobre personas conformadas de forma individual o grupal según ciertos atributos como la edad, el sexo, el lugar de residencia, y pueden incluir factores socioeconómicos como la ocupación, la situación familiar. Los datos demográficos se recogen para obtener una visión más profunda del objetivo a cuestionar. (Anexo 2)

Entrevista individual: En la entrevista psicológica es la más común en la que el consultante se reúne a solas con su entrevistador, con el fin de hablar de su problema. Uno de los beneficios de la entrevista psicológica individual es que el profesional trata cada caso en profundidad. Esta entrevista se diseñó con 28 preguntas, planteadas para conocer su núcleo familiar, el estilo de vida, cambios, limitaciones y socialización ante una persona dependiente, así como la relación de cómo se vive y percibe la condición de cuidadora primaria. (Anexos 3 y 4)

La escala de Zarit, o test de Zarit, creada por Steven H. Zarit, que se utiliza para evaluar el grado de sobrecarga que puede tener el cuidador de una persona dependiente. consta de un listado de 22 preguntas que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador, si el resultado es menor de 46 muestra ausencia de sobrecarga, de 47 a 55 es una sobrecarga ligera y más de 56 es una sobrecarga intensa, (Regueiro, et al., 2007). (Anexo 5)

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADAC): fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en atención primaria: la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, puede servir de guía de la entrevista, aunque sin sustituir a la historia clínica, así como un indicador de la prevalencia de la gravedad y evolución de dichos trastornos. (Anexo 6)

Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC) (Caregiver Burden Scale), es un instrumento que mide la carga de trabajo percibida y el esfuerzo que supone el abordaje de los cuidados por los cuidadores familiares. Características de recogida: Está compuesto por 13 preguntas dicotómicas (2 únicas posibilidades de respuesta sí o no) hetero-administradas durante el transcurso de una entrevista clínica, y cada respuesta verdadera puntúa. La valoración y puntuación total, presenta un rango entre 0 y 13 puntos y una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo. (Anexo 7)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 00–21 - Ansiedad muy baja, 22–35 - Ansiedad moderada, más de 36 - Ansiedad severa. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". (Anexo 8)

Escala de Hamilton- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), La HDRS (también conocida como Ham-D) es la escala de evaluación de la depresión administrada por médicos más utilizada. La versión original contiene 17 ítems (HDRS17) relacionados con los síntomas de depresión experimentados durante la última semana. El método de puntuación varía según la versión. Para el HDRS17, generalmente se acepta que una puntuación de 0 a 7 está dentro del rango normal (o en remisión clínica), mientras que una puntuación de 20 o por lo general, se requiere más alto (que indica al menos una gravedad moderada) para ingresar a un ensayo clínico. (Anexo 9 y 10).

4.11 Establecimiento de las metas del tratamiento:

Las principales metas de resultados finales de acuerdo a Bisquerra (2007), consisten en la regulación emocional, que define como la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento; tener buenas estrategias de afrontamiento; capacidad para autogenerarse emociones positivas, etc.

Principales metas:

- Expresión emocional apropiada, implica la habilidad para comprender que el estado emocional interno no necesita corresponder con la expresión externa.
- Regulación de emociones y sentimientos, esto significa aceptar que los sentimientos y emociones a menudo deben ser regulados. Lo cual incluye: regulación de la impulsividad (ira, violencia, comportamientos de riesgo); tolerancia a la frustración para prevenir estados emocionales negativos (ira, estrés, ansiedad, depresión, etc.)
- Habilidades de afrontamiento, son retos y situaciones de conflicto, con las emociones que generan. Esto implica estrategias de autorregulación para gestionar la intensidad y la duración de los estados emocionales.
- Competencia para autogenerar emociones positivas, es la capacidad para autogenerarse y experimentar de forma voluntaria y consciente emociones positivas (alegría, amor, humor, fluir) y disfrutar de la vida. Capacidad para auto-gestionar el propio bienestar emocional en busca de una mejor calidad de vida.

4.12 Objetivos terapéuticos:

4.12.1 Generales:

- Conseguir una regulación emocional de la usuaria.

- Modificar el comportamiento de la consultante en cada sesión de manera progresiva para que pueda identificar las emociones que genera su condición de cuidadora primaria.
- Incrementar habilidades en la consultante para que pueda controlar sus emociones.
- Crear conciencia en cuanto la realización de las actividades dentro y fuera de la sesión psicológica, toda vez que le ayudarán a tener un mejor control de sus emociones.

4.12.2 Particulares:

- Que la consultante considere la atención psicológica como una alternativa positiva con la que pueda mejorar su calidad de vida por medio del aprendizaje, control y/o modificación de la conducta y de sus emociones.
- Que la consultante practique las técnicas de control de las emociones.

4.13 Tratamiento:

El tratamiento que se consideró para este caso, se basó en la Terapia Racional emotivo-conductual y reestructuración cognitiva (TREC) fue fundada por Albert Ellis a comienzos de los años sesentas, la cual es la pionera de las terapias de reestructuración cognitiva y menciona la importancia de los procesos cognitivos en el desarrollo de las disfunciones emocionales y conductuales al considerar que la tarea fundamental del terapeuta con sus clientes es detectar, analizar y modificar las variables cognitivas desadaptadas, de las que dependen las emociones y conductas disfuncionales y sustituirlas por patrones racionales y adaptativos, posibilitando de esta manera el cambio terapéutico, (Albarracín, et al., 2011).

4.14 Evaluación de la eficacia del tratamiento:

El tratamiento elegido no pudo concretarse por la no adherencia terapéutica de la consultante.

4.15 Procedimiento

Primer contacto: La participante fue localizada en el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) Hospital General Regional 251 en Metepec, Estado de México, acudió a solicitar incapacidad para su esposo.

Acuerdo: Mediante una conversación informal, la participante manifestó la necesidad de recibir ayuda por ser cuidadora primaria, se propuso participar en este trabajo y aceptó, hubo intercambio de números telefónicos.

La forma de trabajo consistió en la programación de diez sesiones una cada semana, realizadas de manera presencial, con una duración aproximada de sesenta minutos cada una.

Primera sesión: Se llevó a cabo la presentación de la investigadora, informando a la participante la forma de trabajar y los diferentes elementos que estructuran la relación durante las sesiones, se explicó que el presente trabajo consiste en realizar una investigación a una persona en condición de cuidador (a) primario (a).

Para iniciar el proceso, se hizo entrega el consentimiento informado para lectura y firma por parte de la participante, haciendo de su conocimiento las condiciones con las que se llevaría a cabo este trabajo, como es, la obtención de sus datos personales, así como de las personas que le rodean y que su información está protegida y los datos obtenidos serán utilizados únicamente para fines académicos y de investigación. (Anexo 1)

En esta sesión se aplicó la siguiente batería de evaluación y entrevista:

- Datos demográficos: (Anexo 2)
- Entrevista individual: (Anexos 3 y 4)
- La escala de Zarit, o test de Zarit, creada por Steven H. Zarit, (Anexo 5)
- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADAC) (Anexo 6)
- Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC) (Caregiver Burden Scale), (Anexo 7)

Segunda sesión: Patricia narró su vida, englobando que hubo preocupaciones por alguno de sus hijos, que su vida ha tenido problemas pero nada que no se pueda resolver, que en general todo bien, en relación a su esposo, al que describe como una persona autosuficiente.

Patricia habló de su padre quien, falleció de un paro respiratorio, que su madre era quien lo cuidaba, que Patricia no vivía con ellos porque estudiaba fuera de su localidad y casualmente su padre falleció cuando disfrutaba de su periodo vacacional, que a ella le tocó verlo morir siendo un golpe muy doloroso. A partir de que su padre falleció ella tuvo que trabajar, sin dejar sus estudios, porque él era quien cubría sus gastos.

Patricia tiene cuatro nietos, ella no se hace cargo de ellos, pero son muy importantes para ella. Que los nietos mayores vivieron un tiempo en su casa justo cuando inició el tratamiento de cáncer de su esposo, y que ella se dividía para la atención de todos.

Patricia se considera como una persona enfermiza, tuvo dos cesáreas, fue intervenida de un nódulo en la tiroides, actualmente tiene revisiones periódicas con el endocrinólogo, padece de dolor de huesos, tuvo fractura de tobillo del cual la intervinieron quirúrgicamente, le extirparon la vesícula biliar, actualmente está en tratamiento médico por un dolor de espalda que padece desde hace muchos años y se acrecentó cuando contrajo COVID. Patricia comentó que algunos de sus padecimientos coincidieron con la atención médica de su esposo, que sintió impotencia, desesperación, por no poder estar con su esposo al cien por ciento y que por su mente pasaba como estarían sus hijos.

En esta sesión también se habló de su proceso de jubilación, dice que será una etapa bonita porque podrá estar con su esposo que también es jubilado. Actualmente sus distracciones son leer, hacer algún postre, realizar las actividades necesarias de su casa y que no se presiona para hacer las cosas, agrega que actualmente ella no tiene necesidades, solo siente como necesidad que sus hijos estén bien y cuidarlos, aunque no los apoya del todo, que ella prefiere cuidar a sus hijos antes que tener un tiempo de esparcimiento.

En esta sesión se utilizaron los instrumentos de Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), El Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Hamilton-Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), La HDRS (también conocida como Ham-D), se aplicaron para ratificar la probable Ansiedad y Depresión que presentó en los resultados de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADAC) de la sesión anterior.

Tercera sesión: Al iniciar se colocó un audio con música para el control de la respiración, al término señaló que sintió que con el audio era pérdida de tiempo porque mientras escuchaba, pensaba en todos sus pendientes, pero también preguntó si estos audios le ayudarán al control de sus emociones.

En esta ocasión Patricia habló de lo que la ha hecho feliz desde que tiene uso de razón, comentando que parte de ello es la realización de sus metas, que recuerda que hizo muchas travesuras en el kínder, las aventuras que vivió con sus primos con quienes jugaba y paseaba, posteriormente recuerda su etapa de la preparatoria cuando comenzó a tener novio, para Patricia estas cosas la hacían sentirse feliz. Posteriormente dio un giro a su conversación, habló de su ingreso a la facultad, tiempo cuando falleció su padre y que ella tuvo que trabajar para cubrir sus gastos, hizo énfasis en que no siempre su sueldo le alcanzaba y que su esposo que en ese tiempo era su novio, la apoyó económicamente. Concluyó mencionando que de todo lo que ha vivido no quitaría nada.

Cuarta sesión: Patricia comentó sobre los planes que le gustaría llevar a cabo, por ejemplo, poner un negocio, pero que no los ha podido aterrizar porque se han presentado situaciones que para ella tienen una mayor prioridad, como son asuntos relacionados con sus hijos, que esto no le causa frustración porque puede ayudarlos aunque detenga sus propios planes.

Tocando el tema de sus habilidades como cuidadora primaria a Patricia expuso le gustaría prepararse más, para que en el momento que se necesite pueda ayudar y dar un

tiempo de calidad, que en este momento le gustaría reinventar actividades con su esposo para no caer en la monotonía sobre todo ahora que están juntos las 24 horas del día.

Se retomó la pregunta que elaboró en la sesión pasada, con relación a la ayuda de las emociones, respondiendo, que le gustaría trabajar el enojo porque se enoja con facilidad, que no dura mucho tiempo molesta porque también se contenta en poco tiempo, refiere que lo que la enoja es el desorden, que la contradigan cuando ella sabe que tiene la razón, que la engañen, que le mientan, que cuando sucede algo le oculten las cosas aunque sea con el objetivo de no preocuparla, que las personas no reconozcan sus errores y como consecuencia a todo esto se siente poco tolerante.

Al finalizar la sesión se colocó un audio de meditación guiada de Mindfulness, al término expresó que le gustó mucho, que sintió relajada, que en ese ratito lo sintió de ella, a lo que se le confirmó que efectivamente este era su tiempo y que se le pedía se sintiera cómoda. Patricia concluyó mencionando que este audio la hizo sentir que pudo liberarse de un poco de tensión que tenía al inicio de esta sesión.

Quinta sesión: Se trabajó con Patricia una línea del tiempo, con la finalidad de indagar su visión de ella misma a partir de los eventos altamente estresantes, haciendo énfasis en sus pensamientos, creencias, actitudes.

- *En esos sucesos Patricia experimentó:* enojo, impotencia, tristeza, dolor.
- *Lo que pasó por su mente fue:* pensar en el dolor de su madre ante la pérdida de sus hijos y de su esposo; pensar que pudo haber hecho más por su madre y su hermano menor. Pidió ayuda a su familia cercana pero solo recibió el pésame.
- *Su reacción ante estos sucesos fue* llorar, gritar y decir groserías.
- *Observación:* Durante la elaboración de la línea del tiempo, Patricia tuvo ligeros lapsos donde mostró sus lágrimas, pero se incorporaba rápidamente para evitarlas, a lo que se cuestionó porque reprimía el sentimiento que generaba recordar los sucesos

pasados, dijo que aún le dolía y por eso lo evitaba para que no le volviera a doler y pidió continuar.

Patricia mencionó que al recordar los sucesos de su vida, se sentía triste y a la vez desahogada, porque nunca había hablado de todo lo que sintió cuando pasaron las desgracias en su familia, que agradece el que se hubiera realizado la actividad porque pudo decir lo que tanto tiempo había tenido guardado. Que su familia y sus conocidos solo sabían de lo sucedido, pero no de cómo se llegó a sentir.

En esta sesión también se explicó a Patricia como trabajar con un registro ABC (Registro TREC), con el objetivo de que comprendiera que todas las personas tenemos una propia opinión de nosotras mismas o del medio que nos rodea, asimismo que pudiera identificar que en ocasiones un suceso, emoción, punto de vista, etc., puede ser una exageración o incluso puede ser insignificante; frecuente o esporádico.

Sexta sesión: Se pidió a Patricia comentara cómo estaba y cómo se sentía, respondió que estaba y se sentía bien, habló de un suceso en la casa de su pueblo que tuvo que salir de urgencia el fin de semana, cuando llegó al domicilio se percató que no era nada de qué preocuparse, que de momento se preocupó incluso se asustó, pero que cuando vio de lo que se trataba, solo buscó dar solución.

Una sesión anterior a la presente, se pidió realizar concluir la línea del tiempo y realizar el registro ABC, al pedir a Patricia la mostrara, respondió que sí la hizo, pero que la olvidó en su pueblo. Sugirió que se hiciera en el mismo momento de la sesión, se le hizo saber que no se trataba de improvisar, que era un registro que ella tenía que realizar de acuerdo a sucesos que se hayan presentado y nuevamente se le invitó a realizar el registro. Se reflexionó sobre la importancia de hacer las tareas extra-sesión; después de este comentario, Patricia expuso que, lo relacionado con su pasado ya lo había comentado, que en relación con su presente repetía era muy tranquilo, y que en su futuro se visualiza sola, porque sus

hijos tendrán que independizarse, y ella se quedará sola como cuidadora primaria y como mujer.

Al concluir la sesión se escuchó llegar a su esposo, hijo, nieto y nuera, porque ya se iban a un festejo, al percatarse Patricia se inquietó y comenzó a frotarse las manos y a buscar su bolso, se le pidió realizar su registro ABC, respondiendo *“que sí comprendía sobre la importancia de las tareas”*. En ese momento canceló la sesión de la siguiente semana, porque tenía varias citas para chequeos de rutina de su esposo y de ella, además de acompañar a su hermana Mercedes para la realizarse un estudio a la Ciudad de México, por lo que estará muy ocupada. Al despedirse se notó cierto malestar y se retiró con premura.

Séptima sesión: En el transcurso de las sesiones Patricia no cumplió con sus tareas además de que se observó que ya no quería continuar con el proceso, ya que en cada sesión la información que proporcionó fue repetitiva, y no hubo compromiso de su parte para trabajar con los registros que servirían para construir una línea base.

Se ratifica que al momento del primer contacto, se hizo a Patricia la invitación para participar en este trabajo a lo cual ella aceptó. La participación no fue inmediata porque las fechas para dar inicio con el proceso se fueron postergando. En la iniciación del proceso, la consultante no acude como tal por petición propia, sino por el planteamiento previo.

Al inicio de las sesiones Patricia comentó que nunca había pensado en pedir ayuda profesional porque no lo consideraba necesario, quedando esto como referencia de un primer bloqueo para su atención. Aunque la paciente sí fue avanzando, existe la no adherencia terapéutica, por lo que se decide dar cierre al proceso psicológico, pero con la indicación de que se retome cuando ella lo considere necesario.

En este cierre se invita a Patricia a realizar un diario donde ella pueda escribir sucesos e identificar las causas que dan origen a las emociones como las que manifestó en el proceso (enojo, intolerancia, dolor, impotencia), esto con la finalidad de que ella lo haga a su propio ritmo y tiempo, y en caso de ser necesario, reconozca y acepte que requiere de la ayuda

profesional para mejorar su calidad de vida. Pero en este momento se da por concluido el proceso.

Se mencionó a Patricia que en el momento que lo considere si requiere de ayuda psicológica, puede contar con mi asesoría para retomar su proceso, o en su defecto poder sugerirle un lugar donde obtenga la asistencia y las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida como cuidadora primaria y principalmente como mujer.

Resultados de la evaluación:

De acuerdo con las características que presenta una persona que se ocupa como cuidadora primaria, se aplicaron instrumentos de evaluación para confirmar o descartar la presencia de Estrés, Ansiedad, Depresión, Sobrecarga y El Nivel de Esfuerzo.

Tabla 1

Resultados de evaluación

Instrumentos	Puntaje	Nivel
La escala de Zarit, o test de Zarit, creada por Steven H. Zarit:	20	No se encuentra con sobrecarga.
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADAC):	Subescala de 6 Ansiedad	Refleja probable ansiedad
	Subescala de 3 Depresión	Refleja probable Depresión
Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC) (Caregiver Burden Scale)	11	Sugiere un nivel elevado de esfuerzo
*Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), El Inventario de Ansiedad de Beck	20	Ansiedad muy baja

*Escala de Hamilton-Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), La HDRS (también conocida como Ham-D)	7	Sin depresión
--	---	---------------

Nota: *Los instrumentos de Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), El Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Hamilton- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), la HDRS (también conocida como Ham-D), se aplicaron para corroborar la probable Ansiedad y Depresión que presentó en los resultados de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADAC).

5. Observaciones

La terapia Cognitivo Conductual ha sido respaldada como el tratamiento de elección para la regulación de las emociones de acuerdo con la opinión de algunos autores.

Los autores Pascual y Conejero (2019) argumentan que en los últimos años ha aumentado el interés por el estudio de la regulación emocional, tanto a nivel teórico como en su aplicación. Aunque aparentemente hay un amplio consenso respecto al concepto de regulación emocional, en realidad, en las formulaciones implícitas de los diversos autores que se han referido al tema, podemos encontrar una gran variedad de posiciones.

En este caso influyeron varios elementos para determinar la no adherencia terapéutica de la consultante, como fue, mencionar que no necesita la ayuda psicológica, que en cada sesión sus argumentos fueron repetitivos, manifestando que su vida no tenía problemas y era muy feliz (aun cuando reconoció que si existían emociones que quería trabajar), el no realizar las tareas sugeridas y que en la mayoría de las ocasiones mantuvo tensión en el ceño de su expresión facial, el cual indicaba desagrado o desaprobación.

Por lo tanto, no se lograron los objetivos terapéuticos, en virtud de que la usuaria no mostró interés en el proceso, toda vez que no realizó las tareas sugeridas, tampoco requisitó los registros correspondientes para medir y confirmar sus emociones, lo que no permitió establecer una línea base para trabajar en su regulación emocional.

La propuesta para trabajar este caso fue adecuada, pero al no existir la adherencia a la terapia por parte de la consultante, no se alcanzaron los resultados finales del manejo de las emociones de acuerdo a la opinión de Bisquerra (2007).

Haciendo la observación a estos puntos, el objetivo principal de este trabajo sobre el concepto de regulación emocional y su afrontamiento, no permitió analizar las diferentes estrategias que pudieron existir al respecto.

6. Conclusiones

Dentro del proceso terapéutico, la etapa de evaluación es vital, porque es el corazón y el punto de partida para proponer medidas eficaces que permitan tratar los problemas específicos de la consultante. Por el contrario, si esta etapa no se realiza correctamente, la intervención puede causar daño a la consultante o en el menor de los casos, no generar ningún cambio.

El origen de la atención, se suscita cuando la usuaria acepta en recibir la ayuda psicológica, para trabajar sobre su condición de cuidadora primaria, para lo cual se aplicó una batería de evaluación, la cual no reflejó severidad en los resultados, pero en el proceso se identificó la presencia de emociones que inquietaban a la usuaria.

Durante el proceso no se alcanzaron a conocer las emociones vinculadas a procesos cognitivos, por lo tanto no se pudieron analizar las acciones en base a las emociones y no se consiguió describirlas.

Para la atención de este caso, Figueroa (2011) explica que se entiende por adherencia al tratamiento, al grado del acuerdo alcanzado entre los proveedores de servicios

de salud y los pacientes, para lograr un pacto o compromiso en relación con las metas del tratamiento, destacando el efecto de la participación del paciente en el mantenimiento de su salud, según el contexto social, cultural del autocuidado que lo caracterice.

Ginarte (2001) describe que las causas o explicaciones en relación a un problema o enfermedad, son un factor que implica la adherencia a las prescripciones y recomendaciones de salud, al mismo tiempo que se puede contribuir al incremento de la adherencia o a su disminución; de igual forma existen factores culturales (étnicos, religiosos) que determinan el comportamiento del paciente, influyendo directa o indirectamente sus conductas, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud.

Oviedo (2018) menciona que la conducta, pensamiento y emoción desempeñan un papel primordial para que un paciente cumpla o no con las indicaciones médicas o terapéuticas, para la obtención de un mejor control de la enfermedad o problema y preservar su calidad de vida, toda vez que pueda lograr adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que un caso exige para un pronóstico favorable; al mismo tiempo señala que en la práctica en el cuidado de la salud biológica y psicológica gran parte del proceso queda bajo la responsabilidad del paciente, por lo que es quien debe tener un papel activo en la participación de su mejoría.

Con base a la conceptualización sobre la adherencia terapéutica de los autores mencionados en este apartado, se comprueba que es evidente la no adherencia a la terapia psicológica por parte de Patricia, dejando a la vista que no se alcanzaron los objetivos terapéuticos, debido a la resistencia que presentó la consultante no logrando las metas del tratamiento y no permitiendo mostrar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en la regulación de las emociones.

Por consiguiente, existen una serie de hechos clínicos que han llevado a reflexionar el fenómeno clínico de la resistencia al cambio en terapia, por ejemplo, que el paciente no lleve a cabo los registros ni otros trabajos asignados para casa, no quiera hacer un role

playing, no coopere en la construcción de una jerarquía para una desensibilización sistemática, o bien que no quiera hablar de sus problemas personales, sin embargo, la resistencia al proceso psicológico, impide que el tratamiento progrese adecuadamente; en muchos casos, la resistencia al cambio es conceptualizada como no adherencia al tratamiento o a las prescripciones que el clínico ofrece a su cliente, (Feixas et al. 2002, Pp. 236-239).

6.1 Competencias Globales

Son competencias que buscan establecer determinadas construcciones sociales constituidas por aprendizajes significativos en donde se combinan atributos como son: conocimientos, actitudes, valores y habilidades, para el desempeño en el ejercicio profesional del psicólogo (Silva 2005).

Los Rasgos distintivos de la Competencia son:

- **Competencias teóricas–conceptuales:** Se relacionan con el conocimiento de los procesos psicológicos básicos.
- **Competencias metodológicas:** Buscan que el alumno esté capacitado para comprender y utilizar los procedimientos que dispone actualmente la Psicología para llevar a cabo estudios en espacios controlados y abiertos.
- **Competencias de aplicación de conocimiento:** Corresponden al dominio de la aplicación de las técnicas psicológicas.
- **Competencias integrativas:** Están relacionadas con la manera coherente de reunir los factores biológicos y psicológicos de los procesos que se estudian.
- **Competencias contextuales y competencias valorables:** Están relacionadas con las actitudes de vinculación, conciencia crítica y de respeto a los valores.
- **Competencias éticas:** Ayudan al psicólogo ejercer su profesión con responsabilidad y honestidad.

6.2 Funciones profesionales básicas

Daza, (2021) considera que la formación del psicólogo clínico es el elemento fundamental que garantiza su competencia como experto. Su formación es el punto inicial de la actividad profesional del psicólogo y debe estar en continua actualización y abierta a nuevas tendencias; su aprendizaje debe ser teórico como práctico y debiendo utilizar la metodología apropiada de acuerdo con los objetivos concretos que desea cubrir.

Principales funciones que desempeña el psicólogo clínico:

- **Evaluación:** Consiste en reunir la información relativa a la conducta, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de la personas o de un colectivo.
- **Diagnóstico:** Consiste en identificar el problema de comportamiento, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate.
- **Evaluación de resultados y funciones predictivas:** Es evaluar el funcionamiento y las capacidades del mismo en determinadas áreas y a su vez, predecir cómo será su comportamiento en un futuro.
- **Tratamiento e intervención:** El tratamiento consiste en intervenciones clínicas sobre las personas o colectivos, con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos, emocionales, conductuales, preocupaciones personales y otros.
- **Planeación, prevención y promoción:** Es fundamentalmente el trabajo de intervención comunitaria de los psicólogos de la salud. Cumple funciones preventivas y promotoras de salud mental dentro de un colectivo o redes socio-sanitarias.
- **Investigación:** El psicólogo, tanto por tradición histórica como por formación facultativa, está orientado a la investigación. Su aportación a las nuevas tendencias del comportamiento humano son fundamentales.
- **Docencia y supervisión:** El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza y formación tanto en cursos de grado, como de postgrado, enfocado en áreas de la personalidad, psicopatología, psicología anormal, evaluación clínica,

psicodiagnóstico, terapia o modificación de conducta, psicoterapia, técnicas de intervención y tratamiento, intervenciones comunitarias, diseño de investigación y otras.

- **Servicio:** Es el objetivo primordial que el psicólogo ofrece para el bienestar emocional, personal y social del usuario, para mejorar su calidad de vida y su inclusión social, a través de la evaluación, orientación y en su caso, intervención o derivación.
- **Consejería, asesoría, consulta y enlace:** Esto es el consejo que como experto un psicólogo clínico proporciona para una variedad de problemas a petición de alguna organización u otros profesionales del sistema sanitario o privado.
- **Dirección, administración y gestión:** Este tipo de función tiene más que ver con la colaboración con la dirección del sistema sanitario. Es una función de gestión y administrativa que también puede ser la colaboración con los departamentos de Recursos Humanos de las empresas cuyo objetivo es mejorar el desarrollo de los servicios y sus trabajadores.

6.3 Perfil profesional de egreso

El egresado tendrá las características de atender en conjunto la necesidad social de incrementar la calidad de vida de los distintos grupos de la sociedad, la cual no sólo depende del incremento de recursos económicos, sino de cuestiones de actitud, motivación, confianza, comunicación, hábito, entre otras variables psicológicas: específicamente se trata de necesidades de salud, educación, desarrollo social, medio ambiente, vida cultural e investigación.

6.4 Responsabilidad social:

Existe un gran compromiso social para ejercer la Licenciatura en Psicología para lo cual el SUAyED (Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia) describe que al término de la carrera, el perfil de egreso de los alumnos les permitirá desempeñarse con eficacia, responsabilidad, y sentido humanitario, en equipos tanto multidisciplinarios como

interdisciplinarios con el afán de contribuir al desarrollo del conocimiento de la disciplina, así como la evaluación e intervención de los problemas psicológicos en su entorno social para la promoción de la salud mental y calidad de vida.

La contribución de esta práctica es mostrar a la sociedad que cuando existe el compromiso de usuarios y profesionales, la terapia psicológica es efectiva y contribuye a descartar el estigma que la psicoterapia se puede llevar a cabo sin juzgar creencias religiosas, grupos étnicos, estratos sociales, condiciones especiales, situaciones de género, etc.

Es evidente la falta de experiencia ante la primera atención psicológica, sobre todo porque se tiene la responsabilidad de llevar a cabo una terapia eficaz y comprometida. Por lo que por ética existe la obligación de continuar con la preparación y la actualización profesional necesaria, toda vez que nuestro trabajo es con seres humanos que cuando solicitan la ayuda profesional es porque tienen la necesidad de mejorar su calidad de vida.

Como parte de los retos personales con la sociedad, está el mejorar la calidad en la intervención y conservar un espíritu crítico para trabajar en las bases científicas que apoyen al desempeño de esta noble profesión.

Referencias

- Achury, D., Castaño, H., Gómez, L. y Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 13, núm. 1, enero-junio, 2011, p.34. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145221282007.pdf>
- Albarracín, Y., Aparicio, J., Sandrith, K., Suarez, L. y Mendoza, L. (2011). Terapia Racional Emotivo-conductual Final. España: Editorial Pirámide.
- Alpuche, R (2007).Validación de la entrevista de carga del cuidador en una población de cuidadores primarios informales. México. Recurso electrónico <http://132.248.9.195/pd2008/0623020/Index.html>
- Alpuche, J., Ramos, B., Rojas, M., y Figueroa, C. (2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(22), 237-245.
- Barrón, B. y Alvarado, S. (2009). Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer., de Instituto Nacional de Cancerología de México Sitio web: <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>
- Bisquerra, R. (2020). Regulación emocional. *De Educación emocional y bienestar* Sitio web: <https://www.rafaelbisquerra.com/competencias-emocionales/regulacion-emocional/>
- Caqueo y Navarro (2013). Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Revista de Psicooncología*, volumen 10 (1), de página web: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41950>
- Cárdenas, L. y Reyna, R., (2015). Programa de intervención educativa en Enfermería, a familiares (cuidador primario) y pacientes con tratamiento de quimioterapia, en un Centro Oncológico de Seguridad Social, México. *Revista Uruguaya de Enfermería*, de Universidad Autónoma del Estado de México Sitio web: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/58147>
- Cascella, G. y García, R. (2020). Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal. *Invest. Educ. Enferm* vol.38 no.1 Medellín Jan. /Apr. 2020, de Scielo Sitio web: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072020000100010&script=sci_arttext&tlng=es

- Centeno C. (2004). Cuidar a los que cuidan qué y cómo hacerlo. España: Formación Alcalá.
- Daza, D. (2021). Descubre cómo es un Psicólogo Clínico: *Competencias, funciones, formación.* De *Guía EMAGISTER* Sitio web: <https://www.emagister.com/blog/descubre-como-es-un-psicologo-clinico-competencias-funciones-formacion/>
- Domínguez, G., Zavala, M., De la Cruz, D. y Ramírez, O. (2010). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México., Universidad Industrial de Santander Sitio web: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/983/1345>
- Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Rev haban cienc méd v.7 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2008, de Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H) Facultad de Enfermería Lidia Doce Sánchez Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004
- Expósito, M. (2013). Características sociodemográficas de cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama. Rev. Cubana Enfermería vol.29 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2013, de Facultad de Enfermería "Lidia Doce". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000400002
- Feixas, G., Sánchez, V., Laso, E. y Gómez, G. (2002). La resistencia en la psicoterapia: el papel de la reactancia, la construcción del mismo y el tipo de demanda. Dialnet Análisis y modificación de la conducta, Vol. 28, No. 118 Sitio web: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=259940>
- Fernández M (2004).El impacto de la enfermedad en la familia. Revista de la sociedad de Psiquiatría. Departamento de Medicina Familiar UNAM, revisado en página web <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47606.pdf>
- Fernández, N. (2021). "Factores que influyen en el estilo de cuidadoras primarias en dos familias mexicanas". Iztacala, México: UNAM, FES Iztacala. p.1.
- Fernández, S. (2020). Intervención cognitivo-conductual para favorecer la regulación emocional en cuidadores primarios de pacientes pediátricos con cáncer. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México] de. Sitio web: <http://132.248.9.195/ptd2020/octubre/0804314/Index.html>

- Figueroa, C. (2011). Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud en Bucaramanga en Colombia. -, de Universidad Industrial de Santander Sitio web: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2011/142042.pdf>
- García, F. (2009). Dinámica socio familiar y perfil del cuidador principal. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de: <http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/10jornada.pdf>
- García, R. (2021). Grupos de ayuda: mis experiencias de colaboración. *Revista SUAyED Psicología, de UNAM, FES Iztacala*, Sitio web: <https://suayed.iztacala.unam.mx/wp-content/uploads/2021/09/REVISTA-sept-comprimido.pdf>
- Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la Salud. *Rev. Latinoam. Psicol.* Vol.38 no.3 Bogotá Sep/Dec. 2006, de Universidad Católica del Maule, Talca, Chile Sitio web: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300004
- Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. Scielo, de *Revista Cubana de Medicina General Integral* Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252001000500016
- Gómez, J. (2020). Tesis Doctoral, *Asociación de la desregulación emocional y los niveles de desesperanza con la presencia de ideación suicida en estudiantes de educación medio superior*. Departamento de psiquiatría y salud mental, de Universidad Nacional Autónoma de México Sitio web: <http://132.248.9.195/ptd2020/octubre/0804586/Index.html>
- Hudson, P. L., Lobb, E. A., Thomas, K., Zordan, R. D., Trauer, T., Quinn, K. y Williams, A., (2012). Psycho-Educational Group Intervention for Family Caregivers of Hospitalized Palliative Care Patients: Pilot Study. *Journal of Palliative Medicine*, 15(3), 277-281. doi:10.1089/jpm.2011.0347
- INAPAM (2017). Material de Apoyo del Curso: Formación de Cuidadores Primarios para Personas Adultas Mayores. Instituto Nacional de las Personas Mayores. CDMX, México: recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores?idiom=es>

- INCAN. (s/f). Compendio guía médica del cáncer. Cap. ¿Qué es el Cáncer?, del Instituto Nacional de Cancerología. p-11 y 18 Sitio web: <http://www.incan-mexico.org/incan/docs/docencia/Compendio%20Completo%202020k.pdf>
- INDESOL, (2015). Centro de Cuidados Paliativos de México: Cuidando a las cuidadoras Instituto Nacional de Desarrollo social, de México Sitio web: <https://www.gob.mx/indesol/prensa/centro-de-cuidados-paliativos-de-mexico-cuidando-a-las-cuidadoras>
- INMUJERES [Instituto Nacional de las Mujeres] (México). (2008). Mujeres y hombres en México. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México Sitio web: <http://marcalyc.redalyc.org/journal/1339/133967526007/index.html>
- INMUJERES, Instituto Nacional de la Mujeres (2021). Diálogos todos somos municipios: "Sistema Nacional de Cuidados". Instituto Nacional de las Mujeres, de Gobierno de México Sitio web: <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/dialogos-todos-somos-municipios-sistema-nacional-de-cuidados?idiom=es>
- López, M., Orueta, R., Gómez, S., Sánchez, A., Carmona, J. y Alonso, F., (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam.* 2009; 2 (7): 332-9. Sitio web: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004
- Marc, L. G., Zerden. M., Ferrando, S. J y Testa, M. A. (2011). HIV caregivers and HIV non caregivers: differences in sociodemographics, immune functioning, and quality-of-life. *AIDS Care.* 23(7), 880-891. Sitio web: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/translate.google/pmc/articles/PMC3125425/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es-419&x_tr_pto=nui.sc
- Mier, I., Romero, Z., Canto, A. y Mier, R. (2006). Interpretando el cuidado. *Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo.* P. 31, de Fundación EDE Sitio web: <https://www.siis.net/documentos/zerbitzuan/Interpretando%20el%20cuidado.pdf>
- Muñoz, Á. (2019). Ansiedad y autoeficacia en cuidadores de pacientes con Alzheimer. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 259-268. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v2.1438>
- Oviedo, M. (2018). Psicología de la salud y adherencia al tratamiento. Vol. 5 Núm. 9 (2018): Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula, de Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Sitio web:

<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/download/2879/2902?inline=1>

Quintero, Y. (2014). Tesis Intervención grupal cognitivo conductual para cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos reporte de experiencia profesional. – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales, de Universidad Nacional Autónoma de México Sitio web: <http://132.248.9.195/ptd2015/anteriores/psicologia/0734446/Index.html>

Rangel, N. (2014). Cuidarnos para cuidar mejor. *Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios*, de Hospital General “Manuel Gea González” Sitio web: <http://www.cuidadospaliativos.org/uploads/2014/10/guia-de-solucion-de-problemas.pdf>

Salazar-Barajas, M., Garza-Sarmiento, E., García-Rodríguez, S., Juárez-Vázquez, P., Herrera-Herrera, J. y Durán-Badillo, T. (2019). Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería Universitaria*, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400362


Silva, A. (2005). Perfil del psicólogo egresado de la FES-Iztacala, de Facultad de Estudios Superiores Iztacala Sitio web: https://psicologia.iztacala.unam.mx/cambio_curricular/periodosilva/documentos/perfil_psicologo.htm

Torres, I., Beltrán, F., Martínez, G., Salivar, A., Quesada, J. & Cruz, L. (2006). Cuidar a un enfermo ¿pesa? *Revista de Divulgación Científica y Tecnológica*. Volumen 19 (2), de página web <https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/index.html>


Villarejo, L., Zamora, M. y Casado, G. (2012) Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enferm Glob*. 2012; 11 (27): 159-65, de la página web <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.3.155111>

Anexos:

Anexo 1



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Profesionales Iztacala



Consentimiento Informado

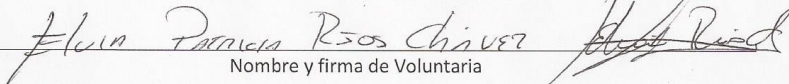
Usted ha sido invitada participar en una práctica académica que se llevará a cabo en METEPEC, EDO. MEXICO a partir del 28-ENERO 2022 por la alumna María de la Luz Sánchez Gutiérrez, quien cursa el 9º Semestre de la carrera de Psicología en el SUYED de la FES Iztacala, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, bajo la supervisión de la Mtra. Verónica Cristina Morales Vásquez perteneciente a la carrera de Psicología.

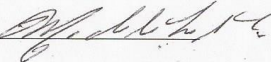
El motivo de esta carta es informarle acerca de los objetivos de esta actividad antes que usted otorgue su permiso y disposición para que se lleve a cabo.

El propósito de esta actividad es trabajar un caso único: **Mujer cuidadora primaria de pacientes enfermos de cáncer**. Solo se realizarán observaciones durante algunas sesiones de la profesora de la materia: *Seminario de Titulación*. La alumna no realizara tareas diferentes a las programadas por su profesora y el resultado de las observaciones servirán para integrar un manuscrito de la investigación. La duración total del estudio es de diez sesiones, que duraran en promedio una hora cada una.

Es importante que usted sepa que **el anonimato está garantizado**. La alumna mantendrá total confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida en esta práctica. Los datos obtenidos serán utilizados únicamente para fines académicos y de investigación.

Queremos destacar que su participación es totalmente voluntaria y **no conlleva ningún riesgo**. Pero si tiene alguna pregunta antes o después de la práctica puede consultarla con la alumna que realizara la actividad, si así lo requiere.


 Nombre y firma de Voluntaria


 Nombre y firma de Alumna

Anexo 2

Datos Demográficos	
Nombre:	PATRICIA
Fecha de Nacimiento:	13-MZO-1961 Edad: 60
Procedencia geográfica:	TEMASCALINGO, MEX.
Estado Civil	CASADA
Nivel de Estudios:	LICENCIATURA Profesión: LIC. EN CIENCIAS POLITICAS Y ADMON PUBLICA
Ocupación:	JUBILADA
Lugar de Residencia:	METEPEC, MEX.
¿Tienes hijos?:	SI
¿Cuántos?	2
Edades de cada uno	34 Y 29*
Ocupación	EMPLEADOS Nivel de estudios: MEDIO SUPERIORES Y SUPERIORES
Nombre de esposo / pareja:	SERGIO
Edad:	60
Ocupación:	JUBILADO
¿Cuánto tiempo tienes como cuidador?	17 AÑOS
¿Algún integrante de tu familia participa como cuidador?	OCCASIONAL
¿Quién?	HERMANA CON SU MADRE HIJO MENOR CON SU ESPOSO
¿Cuántas personas en tu casa requieren cuidados por ser dependientes?	1
Parentesco:	ESPOSO
Edad:	60
¿Cuál es la causa por la que los hace dependientes?:	
Edad	<input type="checkbox"/>
Accidentes	<input type="checkbox"/>
Enfermedades	<input checked="" type="checkbox"/>
Deficiencia física o Mental	<input type="checkbox"/>
¿Recibes algún apoyo como cuidador por parte de una dependencia publica privada o fundación?	
	NO
¿De quién?	
¿De qué tipo?	

Anexo 3

ENTREVISTA
1. ¿Cómo podrías hacer un recorrido por todas las etapas de tu vida: infancia, adolescencia, adultez para conocer tus antecedentes de vida?
2. ¿Ese recuerdo influyó en tu desarrollo?
3. ¿Qué es lo primero que viene a tu mente al decir cuidador primario?
4. ¿Puedes describir el proceso de atención que brindas como cuidador primario?
5. ¿Consideras que los cuidadores primarios deben seguir un protocolo de atención dentro de casa? ¿Cuál?
6. ¿Dentro de tu formación, toda la familia acostumbra a atender a personas dependientes o solo las mujeres?
7. ¿Por qué aceptaste ser cuidadora primaria?
8. ¿Has recibido alguna capacitación para llevar a cabo esta actividad?
9. ¿Recibes alguna remuneración económica por ser cuidador primario? ¿Por qué crees que deberías de recibirla?
10. ¿Tu creencias religiosas te obligan a atender a personas dependientes?
11. ¿Cómo miembro de familia, consideras que es una obligación convertirse en cuidador primario?
12. ¿Sabes si hay más mujeres que hombres como cuidadores primarios? ¿Por qué crees que sea así?
13. ¿Crees que las mujeres tengan más habilidades para cuidar mejor que los hombres a un paciente?
14. ¿Qué te impulsó para convertirte en cuidadora?
15. ¿Consideras que por ser la única mujer en casa debes de ser la cuidadora primaria?
16. ¿Cuál es el primer sentimiento que tienes al atender a la persona dependiente?
17. ¿Aceptarías delegar tu función de cuidadora a otra persona? ¿A quién? ¿Por qué?

Anexo 4

18. ¿Qué emociones tienes ante tu condición de cuidador primario?
19. ¿Has pensado pedir ayuda psicológica ante tu condición de cuidadora primaria?
20. ¿Qué has dejado de lado para atender a una persona dependiente?
21. ¿Cuáles consideras que son momentos en los que te has sentido rebasada o saturada como cuidadora? ¿En qué momentos?
22. ¿A partir de ser cuidadora has presentado algún problema de salud? ¿Cuál?
23. ¿Qué actividades realizas para tu atención personal?
24. ¿Te sientes satisfecha con lo que has vivido como cuidadora primaria?
25. Si algo pudieras cambiar en tu historia de vida ante los cuidados primarios ¿qué o cuál sería lo primero que harías?
26. ¿Te has sentido aislada socialmente por ser cuidadora primaria?
27. ¿Creías que tu vida sería como la vives actualmente?
28. ¿Cómo te describes?



Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación:

0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre

Preguntas	Respuestas				
	0	1	2	3	4
1 ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?		X			
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?		X			
3 ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		X			
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	X				
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	X				
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?			X		
8 ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?		X			
9 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?		X			
10 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?		X			
12 ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?		X			
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?		X			
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?		X			
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?		X			
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		X			
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?		X			
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?				X	
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?		X			
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?		X			
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?		X			
22 Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?		X			
Total:					20



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



Continúa al rev

Resultado

- Si usted tiene una puntuación menor de 47 puntos no se encuentra en sobrecarga.
- Puntuaciones entre 47-55 indican sobrecarga leve.
- Puntuaciones mayores de 55 indican sobrecarga intensa.

Si tiene puntuaciones superiores a 47, necesita por tanto modificar de forma urgente su manera de cuidar a la persona mayor y requiere ayuda cuanto antes. En el caso de puntuaciones superiores a 55, existe un alto riesgo de enfermedad, sobre todo depresión y ansiedad.

Anexo 6

Esquemas de trabajo de Psiquiatría: Curso 06-07. A. Lobo, P. Saz

73

Escala E.A.D.G.*(Marcar con X el número correspondiente a las preguntas contestadas afirmativamente, en opinión del entrevistador)*

Codificar 1. -NO 2. -SI

*(Atención: este es un ejemplo ya completado)*SUBESCALA DE ANSIEDAD

	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Subtotal		2

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

	SÍ	NO
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha estado Vd. preocupado por su salud?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TOTAL ANSIEDAD		6

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha perdido Vd. su interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Subtotal		1

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

	SÍ	NO
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TOTAL DEPRESIÓN		3

INTERPRETACIÓN. Contar las respuestas afirmativas de la Escala A y las de la Escala D: se valorarán exclusivamente los puntajes 4+ en la Escala A y/o 2+ en la Escala D

Anexo 7

27/1/22 16:50

Portal Opimec :: Comentarios de la sección 3. ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

Comentarios de Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado (PAI)

3. ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

DESCRIPCIÓN:

- El Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC) (Caregiver Burden Scale), es un instrumento que mide la carga de trabajo percibida y el esfuerzo que supone el abordaje de los cuidados por los cuidadores familiares. Ha sido validado, recientemente, en la población española*.
- Instrucciones para el profesional: Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras una estancia en el hospital ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso? (aporte ejemplos).
- Características de recogida: Está compuesto por 13 preguntas dicotómicas (2 únicas posibilidades de respuesta sí o no) heteroadministradas durante el transcurso de una entrevista clínica, y cada respuesta verdadera puntúa 1.
- Población diana: Población cuidadora de personas dependientes en general.

1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)	SI
2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).	SI
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla).	SI
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).	NO
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)	SI
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)	SI
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)	SI
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones)	SI
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)	SI
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es un persona diferente de antes).	NO
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)	SI
12. Es una carga económica	SI
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).	SI

SI = 11

VALORACIÓN

- La puntuación total presenta un rango entre 0 y 13 punto y una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

<https://www.opimec.org/documentos/2997/atencion-a-pacientes-pluripatologicos-proceso-asistencial-integrado/6548/comentarios/>

1/2

Anexo 8

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.		X		
2 Acalorado.		X		
3 Con temblor en las piernas.		X		
4 Incapaz de relajarse		X		
5 Con temor a que ocurra lo peor.		X		
6 Mareado, o que se le va la cabeza.		X		
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.		X		
8 Inestable.		X		
9 Atemorizado o asustado.		X		
10 Nervioso.				X
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.		X		
12 Con temblores en las manos.		X		
13 Inquieto, inseguro.		X		
14 Con miedo a perder el control.		X		
15 Con sensación de ahogo.	X			
16 Con temor a morir.		X		
17 Con miedo.		X		
18 Con problemas digestivos.		X		
19 Con desvanecimientos.		X		
20 Con rubor facial.		X		
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	X			

Ansiedad muy baja: Total 20



ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

<p style="text-align: center;">Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	0 1 2 3 4
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	0 1 2 3 4
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	0 1 2 3 4
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno <input checked="" type="checkbox"/> Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 	0 1 2
<p style="text-align: center;">Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Débil - Grave 	0 1 2
<p style="text-align: center;">Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Ausente - Preocupado de si mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 	0 1 2 3
<p style="text-align: center;">Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana 	0 1 2
<p style="text-align: center;">Introspección (Insight)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Se da cuenta que esta deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo 	0 1 2 3

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	
<p align="center">Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 	0 <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4
<p align="center">Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 	0 <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4
<p align="center">Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad <input checked="" type="checkbox"/> Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche 	0 <input checked="" type="radio"/> 1 2
<p align="center">Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 	0 <input checked="" type="radio"/> 1 2
<p align="center">Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad <input checked="" type="checkbox"/> Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	0 <input checked="" type="radio"/> 1 2
<p align="center">Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	0 <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4
<p align="center">Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	0 <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4
<p align="center">Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	0 <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4
<p>TOTAL (7)</p>	