



INSTITUTO UNIVERSITARIO SOR JUANA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8951-25

**PROPUESTA DE GUÍA PRÁCTICA CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
DISMINUIR ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE
PACIENTES GERIÁTRICOS CON CÁNCER EN FASE TERMINAL.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

FLOR DE LIZ DE LA CRUZ CARRERA

DIRECTOR DE TESIS

LIC. CÉSAR OCTAVIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

TEHUACÁN, PUEBLA 2023



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.

Índice general

Índice general.....	1
Índice de tablas.....	3
Índice de ilustraciones	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimiento	5
Resumen	7
Antecedentes	8
Introducción	10
Planteamiento del problema	12
Justificación	14
Capítulo I. Metodología propuesta	16
1.1 Objetivo general.....	16
1.2 Objetivos específicos.....	16
1.3 Pregunta de investigación	16
1.4 Hipótesis sugeridas	16
1.5 Definición teórica de variables	16
1.6 Definición operacional de variables.....	17
1.7 Tipo de estudio	18
1.8 Diseño de estudio	20
1.9 Técnica e instrumento de investigación	22
1.9.1 Recolección de datos.	22
1.9.2 Población objetivo.....	22
1.9.3 Instrumento.	22
Capítulo II. Marco Referencial.....	24
2.1 Referencia al concepto Salud – Enfermedad.....	24
2.2 Referencia y análisis al duelo	26

2.3 Referencia y análisis del estrés.....	29
2.4 Referencia y análisis de la ansiedad.....	30
2.5 Referencia y análisis de la depresión.....	31
2.6 Definición y clasificación de los tipos de cáncer.....	33
2.7 Cuidadores primarios.....	35
2.8 Concepto de geriatría.....	38
Capítulo III. Marco Teórico.....	41
3.1 La tanatología y sus bases.....	41
3.1.1 Conceptos sobre la muerte.....	41
3.1.2 El proceso de duelo de Elisabeth Kübler Ross.....	43
3.1.2.1 Duelo anticipatorio.....	44
3.1.2.2 Cinco etapas del duelo.....	46
3.1.2.3 Otros efectos en el duelo.....	52
3.2 Teoría Cognitivo Conductual.....	56
3.2.1 La terapia Cognitiva de Aaron Beck.....	58
3.2.1.1 Modelo cognitivo de la depresión.....	60
3.2.1.2 Modelo cognitivo de la ansiedad.....	65
3.3 Estrés, ansiedad y depresión.....	66
3.3.1 Trastornos relacionados con traumas y factores de Estrés.....	66
3.3.2 Trastornos de Ansiedad.....	72
3.3.3 Trastornos depresivos.....	76
Capítulo IV. Aporte.....	84
4.1 Guía.....	84
Capítulo V. Conclusión, alcances, limitaciones y sugerencias.....	113
5.1 Conclusiones.....	113
5.2 Sugerencias.....	114
5.3 Alcances y limitaciones.....	114
Referencias.....	116
Anexos.....	120
Anexo 1. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	120
Anexo 2. Inventario de depresión de Beck (BDI-2).....	121

Índice de tablas

Tabla 1. Factores condicionales del duelo	27
Tabla 2. Fases del duelo	28
Tabla 3. Distorsiones cognitivas	62
Tabla 4. Diferencias en la tríada según trastorno.....	66
Tabla 5. Códigos APA	79

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Modelo de depresión de Beck	61
---	----

Dedicatoria

A mi abuelito Maclovio que fue la inspiración para que este trabajo se llevará a cabo, porque después de él, los días pasaban y su esencia se sentía, su recuerdo me acompaña en cada paso que doy.

La vida no te prepara para situaciones en donde decir adiós se vuelve un adiós permanente, mi abuelito me enseñó a ser como un roble, pero no me enseñó la vida después de su muerte, nos faltó mucho por vivir y compartir, si bien hoy ya no está presente en este mundo, estoy segura de que estaría orgulloso de mi.

Para ti, abuelito.

Agradecimiento

Quiero agradecer principalmente a mis papás Gelacio y Blanca, por cada risa, enojo, suspiro, lagrima; solo ellos saben cuánto pasaron cuando me tuvieron en sus brazos por primera vez, sé que el camino no ha sido fácil, y que a lo largo de los años hemos pasado por tanto, estoy agradecida eternamente por todo el esfuerzo que han hecho desde el día uno siendo mis papás, por el apoyo no solo económico sino emocional y el acompañamiento para ser motivadores de todo mi proceso, porque sé que muchas veces se tuvieron que quitar el pan de sus bocas por dármelo a mí, porque desde que aprendí a caminar en cada paso y caída, ellos han estado para levantarme.

Me han enseñado a dar más como persona, a ir por la vida agradeciendo cada día como si fuera el último, gracias papá por ser el primer amor de mi vida y enseñarme a ser fuerte, por confiar en mí y en lo capaz que puedo ser. Gracias mamá por ser mi guía, mi consejera, enfermera, y por convertirte en todóloga cuando se trata de mí. Los amo infinitamente.

A mi hermana Miriam, por ser mi confidente y mejor amiga, la vida no me pudo dar mejor compañía que la de ella, estoy agradecida con ella por creer en el sueño de ser psicóloga de una niña de 14 años, en apoyarme en cumplir mi sueño y que hoy deja de ser un sueño y se convierte en una realidad. Por ser parte de mis motivaciones, por ayudarme a recorrer este camino, por enseñarme a ser mejor persona.

Gracias por ser un motivador en mi vida, por estar para mí en cada paso y en cada decisión que he tomado, la vida no me pudo dar mejor compañía que la tuya, gracias por mostrarme que el amor viene de diferentes personas y en diferentes cantidades, siempre serás mi mejor amiga, te amo demasiado, manita.

Agradezco de todo corazón el apoyo de Lic. César Octavio Ramírez González, por su compromiso en guiarme durante mi profesión académica, aún recuerdo la primera clase de mi primer día, fue él el docente que llegó al salón de clases y también fue con él la última clase de la universidad, estoy demasiado agradecida por ser mi apoyo en situaciones en donde mis tiempos no me daban y él sin problema buscaba la forma de ayudarme, gracias por confiar en mí y en este proyecto.

Gracias Cesar, por sumar a mi formación no solo académica sino también personal. Por todo tu conocimiento y tu apoyo también, tu guía ha sido mi gran apoyo durante mi proceso, espero que la vida te tenga preparada mucha felicidad y paz, eres una gran persona, gracias.

También agradezco a cada uno de mis profesores, Miss. Magnolia, Eduardo, Maillet, Ángel, Raúl, Blanca, Viridiana, Fernando, cada uno de ellos con su esencia tan única, su manera de enseñar tan propia, desde materias con lecturas que parecían imparables, hasta materiales en su totalidad prácticas, gracias por aportarme su conocimiento, estrategias y apoyarme hasta donde se pudiera. Cada uno de ustedes me demostró que el susto que te metían en la secundaria de profesores malos en la universidad era completamente falso, hicieron que mi formación fuera más placida y que mi aprendizaje fuera eso, verdaderamente un aprendizaje. Gracias a cada uno de ustedes por sumarme como persona, hoy digo con orgullo que fui su alumna y que me llevo cosas positivas de ustedes, son unas excelentes personas, sé que estuve en la universidad correcta, no me arrepiento de mi elección.

Le agradezco a una personita que hoy me observa desde el cielo, a Fabián que ha sido parte de mi motor, al vecinito que creyó en mí, siempre tan sabio y protector, por ser el hermano varón que no tuve, por el aprendizaje y por demostrarme que puedo hacer lo que me proponga.

A las personas que me apoyaron durante el proceso, a mis primas, amigos, amigas de años y a las que conocí en la universidad que me hicieron reafirmar el apoyo entre mujeres, a las personas que se fueron sumando a mi vida, y a las personas que por azares del destino hoy ya no están conmigo pero aun así sumaron a mi persona y me apoyaron en su momento, gracias a cada uno de ustedes por ser parte de mi vida y ayudarme a crecer como persona, a hacerme valer y a ver lo poderosa que puedo llegar a ser, ojala la vida nos vuelva a poner en el mismo camino, más maduros e inteligentes, que esto es parte de la vida. Agradecida con cada uno de ustedes por ser mi salvavidas en momentos en los que parecía ahogarme.

Por último, pero no menos importante, quiero agradecer eternamente a mi sobrina Aylen, por ser ese empujoncito para convertirme en el adulto que quise tener cerca de mi cuando era niña, por enseñarme lo que es amar a alguien que no es tuyo, pero al que mi corazón le va a pertenecer, desde el día uno que te conocí, pequeña, no he dejado de verte con el amor más puro y sincero.

Estoy muy agradecida porque con su llegada me di cuenta que yo no moriría por ella, yo viviría por ella, me ha enseñado la delicadeza y la hermosura de las cosas simples, de la naturaleza, porque a veces no parece que yo le enseñe, sino que ella me enseña que puedo ser feliz con lo más mínimo, estoy trabajando demasiado en mí para ser el adulto que ella merece tener. Gracias por tanto amor, mi niña bonita.

Resumen

El cáncer es una enfermedad que se presenta de síntomas a veces muy discretos, que son casi imperceptibles, de los que el paciente se da cuenta cuando es un cáncer avanzado, este a su vez a colocado al cáncer como la tercera causa de mortalidad en México.

Esto provoca que, a través de la enfermedad, esto provoque nuevos roles dentro de la estructura familiar, como lo son los cuidadores primarios, que mayormente el rol lo adquieren personas cercanas al paciente, como esposo, esposa, hijos, hijas, hermanos, etc., o incluso hasta amigos cercanos al paciente.

Si bien es cierto que toda la familia suele verse involucrada en el cuidado del paciente con cáncer terminal, hay una persona que se enfoca más en el paciente que cualquier otra. La realidad de los cuidadores primarios es que en ocasiones no se cuenta con el recurso para contratar a una persona especializada en el cuidado de las personas o bien porque el vínculo de afecto que tienen con familiar no posibilita que otra persona cuide de ella y por decisión propia acceden a tomar el nuevo rol en la familia.

Esto también provoca que el rol del cuidador primario, suele tener una sobrecarga de trabajo, así como el miedo a lo desconocido de la enfermedad, y a su vez la preocupación o miedo que provoca saber que el paciente está en fase terminal, lo que significa que es cuestión de tiempo para que el paciente enfermo fallezca. Esto provoca en los cuidadores primarios estrés, ansiedad y en ocasiones hasta una depresión.

Como parte de un proceso de duelo, la depresión es parte de ella y es completamente normal, eso se sabe desde lo estudiado en el campo de la tanatología, lo que no es nuevo para alguien que lo ha conocido, pero esto si se hace nuevo para una persona que se acaba de enterar que su familiar está enfermo. Es por ello que, a través de la presente investigación documental, se presentan conceptos como salud y enfermedad, el duelo, el estrés, la ansiedad y depresión que se pueden generar en los cuidadores primarios, a su vez se revisa la clasificación de los tipos de cáncer, cuidadores primarios, concepto de geriatría, así como la tanatología y el proceso de duelo, con ayuda de la terapia cognitiva de Aaron Beck, se presenta una propuesta para los cuidadores primarios.

Palabras clave: cuidador primario, cáncer, pacientes geriátricos, estrés, ansiedad, depresión, terapia cognitivo conductual, geriatría, duelo.

Antecedentes

En la actualidad el cáncer es la tercera causa de mortalidad en México, con el 12.9% de todos los casos. De acuerdo a datos del INEGI, en el año 2015 fallecieron un total de 655,688 personas; las tres principales causas de muerte fueron: complicaciones de la diabetes mellitus (98,521), complicaciones de enfermedades isquémicas del corazón (88,144) y cáncer (85,201). (Aldaco Sarvide y al., 2018, p. 29)

México, como país en desarrollo, se sitúa en esta perspectiva donde los recursos para tratamientos oncológicos son limitados, por lo que es de esperarse una menor sobrevivencia, quizás una mayor incidencia y un mayor sufrimiento de los pacientes y sus familias. (Montejo, 1992, p. 570)

El paciente con una enfermedad terminal como lo es el cáncer, necesita cuidados paliativos que, si bien no aseguran su recuperación, asegura que el paciente pueda tener una calidad de vida mejor, es por eso que el cuidado paliativo:

- Afirma la vida y considera como normal el proceso de morir
- Ni acelera, ni pospone la muerte
- Provee alivio del dolor y otros síntomas
- Integra los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente
- Ofrece un sistema de soporte para ayudar al paciente a vivir lo más activo posible hasta el momento de su muerte
- Ofrece un sistema de ayuda a la familia para afrontar de la mejor manera la enfermedad del paciente y el duelo. (Montejo, 1992, p. 572)

Haciendo énfasis en el sistema de ayuda a la familia, en ocasiones enfermedades como estas producen que dentro de la familia se jugó el rol del cuidador primario; En México al hablar de cuidador con frecuencia provoca pensar en el estrés del familiar de un enfermo quien dedica su tiempo a servirlo (...) El tema del cuidador primario ha sido multiestudiado, existe evidencia de su abordaje desde el perfil, el desgaste que sufre, las habilidades que desarrolla, etc. y en todos los casos se vincula en mayor o menor grado con la familia. (Ostiguín Meléndez y Rivas Herrera, 2011, p. 50)

A su vez, Iniestra Barron, Martínez Estévez, Becerra Gálvez, y Gómez Zarco (2018), nos dicen que “el estrés es uno de los principales problemas a los que se enfrentan los cuidadores

de pacientes con enfermedades crónicas, el cual, a largo plazo de no ser tratado, condiciona la presencia de sobrecarga y afectaciones en la calidad de vida” (p. 69).

De acuerdo con el modelo cognitivo de la valoración y el afrontamiento de Lazarus y Folkman, cuando el sujeto considera una situación como aversiva o amenazante y percibe que sus recursos o estrategias de afrontamiento no son suficientes para aminorar esta situación, se manifiesta la ansiedad; al comienzo la intensidad de respuesta está relacionada con la valoración que el individuo hace de la situación, pero se espera que a mayor destreza para afrontar estas situaciones las respuestas de ansiedad disminuyan. (Cedillo Torres, Grijalva, Santaella Hidalgo, Cuevas Abad, y González Pedraza-Avilés, 2015, p. 365)

Alfaro – Ramírez del Castillo y colaboradores (2008), encontraron que los síntomas depresivos con mayor porcentaje de reporte fueron ganas de llorar (73%), irritabilidad (69%), fatiga (67%), tristeza (65%), problemas para la concentración (60%), problemas de sueño (59%) y dolor de cabeza (50%). (pp.488 - 489)

Por otra parte, cuando hablamos de la depresión hablamos de un tema diferente al duelo; la disforia en el duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas del duelo. [...]Si en el duelo existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p.ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en “reunirse” con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 161)

Los datos anteriores son muestra de la importancia que tiene cuidar la salud mental del cuidador primario, teniendo al cáncer como la tercera causa de muerte en México, haciendo de la enfermedad un proceso mejor trabajado por los familiares, ayudando a afrontar la muerte de un ser querido, previniendo situaciones tempranas como el estrés hasta situaciones como la ansiedad o depresión.

Introducción

El presente trabajo de investigación documental abarca diversos elementos referentes a la salud mental de los cuidadores primarios y un manejo adecuado del proceso de duelo, cuando se tiene a un familiar geriátrico con cáncer en fase terminal, muchas veces no se está preparado para estas situaciones tanto emocionalmente como económicamente lo que hace que el cuidador primario del paciente sea uno de sus familiares y no personal de salud capacitado o bien que ya tenga práctica para el cuidado del paciente.

Si bien, el desgaste y carga emocional que conlleva cuidar de una persona es grande, no todas las personas cuentan con herramientas para tener un proceso de duelo adecuado, teniendo como principal consecuencia estrés en su vida cotidiana lo cual disminuye su calidad de vida; al no darle continuidad a este estrés puede ocasionar que se vuelva un estado patológico como ansiedad o depresión.

Resulta importante brindar herramientas para el cuidado de la salud mental en cuidadores primarios, por eso se ha pensado en proponer una intervención desde un enfoque cognitivo conductual para el cuidador primario y familiares del paciente con cáncer en fase terminal.

El trabajo propuesto está pensado en brindarle al cuidador primario información acerca de su nuevo rol como cuidador, diversas actividades a desarrollar para el cuidador, procurando su salud y afrontamiento de las etapas del duelo de una forma adecuada.

Respecto a la información rescatada en este trabajo de investigación, podemos encontrar en el primer capítulo la metodología propuesta siendo un estudio de tipo cualitativo y descriptivo con la implementación documental, es decir, se trata de un trabajo de investigación tipo documental en donde se consultaron diferentes fuentes de información para la realización de este trabajo.

En el segundo capítulo se presenta el marco referencial, en el cual como el nombre del capítulo lo dice, hacemos referencia al concepto de salud – enfermedad, al duelo, al estrés, a los trastornos como lo son la ansiedad y la depresión, los tipos de cáncer, los cuidadores primarios y conceptos de geriatría.

En el tercer capítulo se aborda el marco teórico; este se divide en tres subtemas que son la tanatología y sus bases, teoría cognitivo conductual y estrés, ansiedad y depresión. En el primer subtema de la tanatología y sus bases nos adentramos a conceptos sobre la muerte, y al

proceso de duelo desde la perspectiva de Elizabeth Kübler Ross, conocida como una de las mayores expertas en temas de duelo y pacientes moribundos. En el segundo subtema nos enfocamos a la teoría cognitivo conductual, siendo la terapia cognitiva de Aaron Beck el foco de atención de este apartado por la relación entre los trastornos mencionados más adelante. Y, por último, pero no menos importante, basándonos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), el subtema estrés, ansiedad y depresión está enfocado en mostrar los diferentes trastornos que se pueden desarrollar por un duelo no trabajado, esto no quiere decir que todos los duelos terminen en un trastorno, sino más bien en pensarlo como forma de prevención y cuidado para los cuidadores primarios.

En el capítulo cuatro nos encontramos con la conclusión, los alcances de la propuesta, así como las limitaciones y las sugerencias al aplicar dicha propuesta.

Y en quinto y último capítulo se encuentra el aporte como resultado de este trabajo de investigación. Finalmente se encuentran las referencias, apéndices y/o anexos.

Planteamiento del problema

Gonzales y Reyes (2012), nos dicen que “la salud y la enfermedad conforman un binomio en el que la segunda es vista como un desequilibrio del organismo, por lo que la búsqueda se ha centrado en restablecer ese equilibrio para recuperar así la salud” (p. 637).

La salud y enfermedad no se limitan a lo físico, sino también a lo emocional, mental, y está no se limita a un grupo específico de la sociedad, durante todo el transcurso de nuestra vida podemos gozar de ella o bien carecer de ella.

El ser humano tiende a tener una respuesta casi inmediata cuando nos dan noticias de las cuales no estábamos preparados a recibir, teniendo un sinnúmero de emociones que llevan a estados de ánimo positivos o negativos.

Cuando son negativos, tendemos a enfrentar estos sentimientos, y lo podemos hacer de una manera sana o no; cuando se cuentan con herramientas que faciliten el proceso se obtienen mejores resultados.

Por lo que,

A partir de la noticia de una enfermedad terminal, comienza una nueva etapa para la familia y precisa realizar ciertos reajustes en su funcionamiento, procurando que ello no dañe la salud de otro de sus miembros. Es importante ayudar a la familia a afrontar la situación toda junta, pues esta transición no sólo tiene impacto en el individuo que padece los malestares, sino en todos los miembros de la misma; por ejemplo, el alto costo económico que se genera durante el tratamiento, por lo que esta problemática podría ser de menor gravedad si se afronta con todos los familiares o el mayor número posible. (Alfaro, Morales, Vázquez, Sánchez, Ramos y Guevara, 2008; citado en González y Reyes, 2012, p. 639)

En nuestro país, es muy escasa la información acerca de la salud mental y la información que se obtiene cuando tenemos un paciente con una enfermedad terminal va dirigida hacia el cuidado del paciente y es muy poca beneficiada la o las personas que toman el rol del cuidador principal, dejando en segundo plano la salud mental de los que ahora ayudarán al paciente, cargando en ellos el cansancio mental y físico que una enfermedad terminal puede conllevar con el paso de los meses. De esta manera, en el presente trabajo, se sugiere cuestionar si:

¿Puede una guía práctica con un enfoque cognitivo conductual ayudar a los cuidadores primarios con pacientes geriátricos con cáncer en fase terminal a disminuir síntomas relacionados con el estrés, ansiedad y depresión?

Justificación

Cuando hablamos de enfermedades degenerativas “nos referimos a aquellas que van degradando física y/o mentalmente a quienes la padecen, pues provocan un desequilibrio en los mecanismos de regeneración celular”. (López, 2007; citado en González Castro y Reyes Luna, 2012, p. 638)

Al respecto Espina señala que,

La familia, cuando conoce el diagnóstico fatal pasa por las mismas fases que el paciente, y van a necesitar ayuda para sobrellevarlas, ya sea de su red social de apoyo o de un profesional; son frecuentes los sentimientos de culpa “si hubiera hecho”, “me debería haber portado de otra manera con él”, motivados muchas veces por el sentimiento de impotencia que produce la muerte, por haberle odiado o no querido lo suficiente, por no poder tolerar tanto sufrimiento y desear su muerte, por no poder verle sufrir... es importante que puedan hablar de todos estos sentimientos y que un profesional les ayude a comprender la complejidad de los mismos y les desculpabilice. (Espina, 2009, p. 55)

De acuerdo a la información anteriormente presentada, el trabajo propuesto ofrece una alternativa de cuidado de la salud mental en los cuidadores primarios de pacientes geriátricos con cáncer en fase terminal, ya que el desgaste físico y mental no sucede únicamente en los pacientes con cáncer, sino también en los cuidadores primarios al enterarse de la noticia.

En la mayoría de los casos es la familia del paciente con cáncer la que decide tomar el rol del cuidador principal, esto se puede deber a diversas causas, entre ellas que no cuenten con el recurso económico para poder contratar a un profesional que se encargue del cuidado o bien por el afecto que tienen hacia la persona que ha sido desahuciada.

Cuando buscamos por medio de plataformas digitales herramientas que nos puedan ayudar dirigidas al cuidador primario, existe muy poca información, o en la mayoría de los casos la información va dirigida a las personas que padecen cáncer en fase terminal, se enfocan entonces en el paciente y en su cuidado para un final digno para éste.

Pero, ¿qué pasa con los cuidadores primarios, y el cuidado que deben de llevar en sus vidas?, Si bien el siguiente proyecto es una propuesta para los cuidadores primarios, se espera que el material proporcionado sea de gran utilidad para la familia de los pacientes, dándoles información sobre los roles que ahora van a tomar y a su vez proporcionándoles una diversa serie de actividades que sean de ayuda.

Cuando se toma el rol del cuidador primario, conlleva a un cambio en el estilo de vida, en la salud emocional, en la economía de la familia y un sinnúmero de cambios que el cuidador debe de afrontar, las respuestas en ocasiones a situaciones nuevas en la vida suelen ser estresantes para las personas que lo están viviendo, cuando tenemos situaciones que desencadenan el estrés y este no es controlado o trabajado en su momento, nos podemos encontrar con enfermedades de salud mental.

Es así, que lo que pareciera ser únicamente un factor estresante en la vida, puede convertirse en un trastorno de ansiedad o bien un trastorno de depresión, es por ello que este trabajo de investigación, propone esta herramienta para así contribuir a la prevención de dichos trastornos en cuidadores primarios.

Algunos lineamientos y características,

Que los cuidadores primarios deben tener presentes: 1) Tener conocimientos acerca de la enfermedad y su tratamiento. 2) Comunicarse fácilmente con el médico que trata su paciente. 3) Determinar qué aspectos del manejo diario serán responsabilidad del enfermo y cuáles de los cuidadores. 4) Enseñar al paciente a que pueda manejar mejor su enfermedad haciéndolo responsable de las actividades que si pueda realizar. (Martínez y Torres 2007; citado en González Castro y Reyes Luna, 2012, p. 641)

Es por la información anterior, que el trabajo de investigación busca que el cuidador primario pueda tener la información acerca de la enfermedad de su paciente, los roles que se jugarán dentro de la familia, sobre la comunicación entre los miembros involucrados, y hacer que el proceso pueda sobrellevarse de una manera sana para ambas partes, cuidando así la salud mental de los cuidadores primarios.

Capítulo I. Metodología propuesta

1.1 Objetivo general

Desarrollar una guía práctica funcional para cuidadores primarios con pacientes geriátricos con cáncer en fase terminal, la cual incluya información sobre el papel que están tomando, la importancia de su salud mental y actividades para el cuidado de esta misma.

1.2 Objetivos específicos

- Brindar información sobre cuidadores primarios, cáncer en fase terminal, cuidado de la salud mental antes y durante el cuidado del paciente, así como después del fallecimiento de su familiar.
- Diseñar una herramienta de fácil entendimiento con actividades diversas, para cuidadores primarios, así como para familiares con pacientes con cáncer, en relación con el cuidado de su salud mental.
- Ayudar a las personas que no cuentan con el recurso para ser asistidas por un profesional de la salud mental, y que puedan llevar a cabo las actividades para su beneficio sobre la pérdida de su familiar y trabajando bajo un enfoque cognitivo conductual.

1.3 Pregunta de investigación

¿Puede una guía práctica con un enfoque cognitivo conductual ayudar a los cuidadores primarios con pacientes geriátricos con cáncer en fase terminal a disminuir síntomas relacionados con el estrés, ansiedad y depresión?

1.4 Hipótesis sugeridas

H1: Es posible que una guía práctica con enfoque cognitivo conductual ayude a los cuidadores primarios con pacientes geriátricos con cáncer en fase terminal a disminuir síntomas relacionados con el estrés, ansiedad y depresión

H0: No es posible que una guía práctica con enfoque cognitivo conductual ayude a los cuidadores primarios con pacientes geriátricos con cáncer en fase terminal a disminuir síntomas relacionados con el estrés, ansiedad y depresión.

1.5 Definición teórica de variables

Sobre el estrés, Butcher, Mineka, y Hooley (2007), mencionan que “el término estrés suele utilizarse para referirse tanto a las exigencias de adaptación que se ejercen sobre un

organismo, como a las respuestas psicológicas y biológicas que ese organismo ofrece a dichas exigencias” (p. 136).

A su vez, Butcher, Mineka, y Hooley, señalan que,

La ansiedad supone un estado de ánimo negativo, una preocupación respecto a peligros o amenazas futuras, una preocupación por sí mismo, y una sensación de que se es incapaz de predecir futuras amenazas, o de controlarlas en el caso de que realmente se produzcan. (Butcher, Mineka, y Hooley, 2007, p. 173)

Sobre la depresión, La Asociación Americana de Psiquiatría, nos comparte que,

Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 155)

1.6 Definición operacional de variables

Estrés: para fines de este trabajo, la noción del estrés es referido a las exigencias que produce el cuidado de una persona con cáncer en fase terminal, esto provocado por medio de la carga de trabajo que suele ser desgastante para el cuidador primario. Producido por estímulos emocionales.

Sobre la diferencia de tipos de ansiedad, la Asociación Americana de Psiquiatría, mencionan que,

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 189)

Y sobre el rasgo común de los tipos de depresión,

El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente

a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 155)

1.7 Tipo de estudio

El tipo de estudio en este trabajo de investigación es de tipo documental ya que de acuerdo con Morales (2003), “la investigación documental tiene la particularidad de utilizar como una fuente primaria de insumos, mas no la única y exclusiva, el documento escrito en sus diferentes formas: documentos impresos, electrónicos y audiovisuales” (p. 2).

Y este a su vez, como en el proceso de investigación documental se dispone, esencialmente, de documentos, que son el resultado de otras investigaciones, de reflexiones de teóricos, lo cual representa la base teórica del área objeto de investigación, el conocimiento se construye a partir de su lectura, análisis, reflexión e interpretación de dichos documentos. (Morales, 2003, p. 2)

Para Vargas (1992),

La investigación documental tiene un carácter particular de dónde le viene su consideración interpretativa. Intenta leer y otorgar sentido a unos documentos que fueron escritos con una intención distinta a esta dentro de la cual se intenta comprenderlos. Procura sistematizar y dar a conocer un conocimiento producido con anterioridad al que se intenta construir ahora. En otras palabras, parte de propuestas y resultados sistemáticos, alcanzados en procesos de conocimiento previos a la investigación que ahora intenta leerlos y comprenderlos.

Podría señalarse, dado lo expuesto, que es una investigación reconstructiva: la cual, con nuevas preguntas reelabora un conocimiento que ha producido unos resultados y un saber previos y en esta medida modifica los fenómenos objeto de reflexión. (Vargas, 1992; citado en Gómez, 2011, p.230)

Gómez (2011) resume que,

La literatura existente sobre investigación documental es escasa. Y aun así se han llegado a diferenciar distintos tipos dentro de estas formas de conocer: los estados del arte, los marcos teóricos, las bibliografías, los estados de conocimiento y hasta la investigación de la investigación. El interés, al final, es producir un marco teórico que sirva de apoyo a estudios posteriores de muy distinto corte, con base en la documentación existente. (Gómez, 2011, p. 230)

La construcción del conocimiento desde las fuentes es una forma de velar por la tradición del pensamiento original y desde esa perspectiva, traerlo al presente con una lectura hermenéutica que favorezca la discusión al hacer nuevos aportes al desarrollo científico con propuestas que pueden ser cuestionadas permanentemente pero que siempre se orientarán a alcanzar nuevos desarrollos. (Gómez, 2011, pp. 230 - 231)

También utilizaremos el método analítico – sintético, que nos sirve para integrar la parte de investigación con la guía práctica propuesta, así como el uso del método inductivo – deductivo.

Respecto al método analítico – sintético, López Falcón y Ramos Serpa, nos proponen,

El método analítico-sintético considera que en el proceso investigativo de manera consciente e intencional el análisis y la síntesis deben ocurrir en estrecha unidad e interrelación, en tanto el análisis se debe producir mediante la síntesis, debido a que la descomposición de los elementos que conforman la situación problemática y la información que se posee se realiza relacionando estos elementos entre sí y vinculándolos con el problema como un todo, a la vez que la síntesis se produce sobre la base de los resultados previos del análisis, aunque en el proceso de la investigación pueda predominar uno u otro en determinada etapa. (López Falcón y Ramos Serpa, 2021 p. 24)

Para Rodríguez y Pérez,

El método analítico - sintético tiene gran utilidad para la búsqueda y el procesamiento de la información empírica, teórica y metodológica. El análisis de la información posibilita descomponerla en busca de lo que es esencial en relación con el objeto de estudio, mientras que la síntesis puede llevar a generalizaciones que van contribuyendo paso a paso a la solución del problema científico como parte de la red de indagaciones necesarias; pero, como método singular, generalmente, no se emplea para la construcción de conocimientos. Aunque cuando forma parte de un método más complejo, como el sistémico estructural - funcional, las generalizaciones a que se arriban mediante la síntesis pueden constituir regularidades, principios o leyes que conforman una teoría, su finalidad predominante es la búsqueda de información. (Rodríguez y Pérez, 2017 p. 187)

En cuanto al método inductivo – deductivo:

Está conformado por dos procedimientos inversos: inducción y deducción. La inducción es una forma de razonamiento en la que se pasa del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general, que refleja lo que hay de común en los fenómenos individuales. Su base es la repetición de hechos y fenómenos de la realidad, encontrando los rasgos comunes en un grupo definido, para llegar a conclusiones de los aspectos que lo caracterizan. Las generalizaciones a que se arriban tienen una base empírica. (Rodríguez y Pérez, 2017, p. 187)

De acuerdo con López Falcón y Ramos Serpa,

El método inductivo-deductivo plantea que la inducción y la deducción se complementan en el proceso del conocimiento y la investigación científica, donde a partir del estudio de numerosos casos particulares por el razonamiento inductivo se llega a determinadas generalizaciones, lo cual constituye el punto de partida para inferir o confirmar formulaciones teóricas. Entonces, a partir de las formulaciones teóricas se deducen nuevas conclusiones lógicas, las que son sometidas a comprobaciones atendiendo a las generalizaciones empíricas obtenidas por medio de la inducción. (López Falcón y Ramos Serpa, 2021 p. 24)

Y así para concluir este tema, Rodríguez y Pérez,

La inducción y la deducción se complementan mutuamente: mediante la inducción se establecen generalizaciones a partir de lo común en varios casos, luego a partir de esa generalización se deducen varias conclusiones lógicas, que mediante la inducción se traducen en generalizaciones enriquecidas, por lo que forman una unidad dialéctica. De esta manera, el empleo del método inductivo - deductivo tiene muchas potencialidades como método de construcción de conocimientos en un primer nivel, relacionado con regularidades externas del objeto de investigación. (Rodríguez y Pérez, 2017, p. 188)

1.8 Diseño de estudio

El diseño de estudio de la presente investigación es de tipo descriptivo, la cual:

Para Jesús Gutiérrez,

En las ciencias sociales, los estudios descriptivos se proponen realizar esencialmente una medición precisa de una o más variables en alguna población definida o en una muestra de dicha población. La descripción es, pues un discurso que evidencia y significa el ser de una realidad a través de sus partes, sus rasgos estructurales, sus cualidades,

sus propiedades, sus caracteres estructurales o sus circunstancias. (citado en Tinto Arandes, 2013, p. 137)

Para Esteban Nieto (2018) “es una investigación de segundo nivel, inicial, cuyo objetivo principal es recopilar datos e informaciones sobre las características, propiedades, aspectos o dimensiones de las personas, agentes e instituciones de los procesos sociales” (p.2).

Y a su vez: Este nivel de investigaciones podría también denominarse investigación diagnóstica o de levantamiento de datos.

Los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. El investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, que se medirá (que conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre que o quienes se recolectaran los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos, etc.) [...] La descripción puede ser más o menos profunda, aunque en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno del interés. (Sampieri y otros, 2010; citado en Nieto, 2018, p. 2)

Así, Tinto Arandes, (2013), nos dice que “La investigación descriptiva si bien puede sugerir otras investigaciones, las mismas tiene un fin en si mismas. Aunque es obvio que las mismas frecuentemente suelen servir de base para futuras investigaciones constituyendo un elemento generador de hipótesis” (p. 138)

La investigación descriptiva permite realizar una revisión crítica y analizar en profundidad la corriente de investigación con el objeto de reseñar las condiciones que originaron su aparición, así como los resultados mas relevantes alcanzados por los diversos estudios realizados sobre el tema, así como también señalar los problemas conceptuales y las limitaciones metodológicas existentes. Todo este trabajo permite al investigador llegar a encontrar aquellas lagunas de investigación o cuestiones no resueltas, que servirán de motivación para el desarrollo futuro de trabajos para ampliar y mejorar el conocimiento de un área específica. (Tinto Arandes, 2013, p. 138)

Para Krathwohl,

Los tres objetivos principales de la investigación son: describir, explicar y validar los resultados. La descripción surge después de la exploración creativa, y sirve para organizar los resultados con el fin de encajar con las explicaciones, y luego probar o validar las explicaciones. (Krathwohl, 1993; citado en Abreu, 2012, p. 193)

Algunos de los métodos de recopilación de datos comunes aplicados a cuestiones comprendidas en el ámbito de la investigación descriptiva incluyen encuestas, entrevistas, observaciones y portafolios. Los métodos de recogida de datos para la investigación descriptiva se pueden emplear solos o en diversas combinaciones, dependiendo de las preguntas de investigación a la mano. (Abreu, 2012, p. 193, 194)

1.9 Técnica e instrumento de investigación

1.9.1 Recolección de datos.

La recolección de datos de esta investigación está basada en la revisión de textos, documentos de divulgación científica, revistas digitales, etc. Entre todos los textos revisados se encuentran temas acerca de pacientes geriátricos con cáncer en fase terminal, cuidadores primarios y la salud mental en ellos.

Con base a la información principal, se incluyen aspectos referentes a la salud mental, como el estrés, ansiedad y depresión en los cuidadores primarios.

1.9.2 Población objetivo.

La propuesta a base de la investigación se dirige a cuidadores primarios de pacientes geriátricos enfermos de cáncer en fase terminal.

1.9.3 Instrumento.

Para fines de evaluar síntomas en cuidadores primarios de pacientes geriátricos en fase terminal, se proponen dos instrumentos de evaluación, el primero es el Inventario de depresión de Beck (BDI), Calleja (2011), nos comparte que, “evalúa la severidad de los síntomas de la depresión. Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas” (p. 86).

Un segundo instrumento a utilizar es el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en el cual, Calleja (2011) señala que, “evalúa la severidad de los síntomas de ansiedad y los diferencia de los de depresión. Puede utilizarse en estudios clínicos o experimentales, tanto en población psiquiátrica como normal” (p. 94).

Ambos inventarios, propuestos por Aaron Beck, uno de los fundadores de la terapia cognitiva, una forma de terapia de conversación que incorpora un modelo de procesamiento de información de la psicología humana en lugar de uno basado en el instinto, la motivación o la bioquímica. (Guerri, 2017)

Beck enfocó su estudio en el uso del tratamiento de la depresión, así que,

Construyó su primer modelo cognitivo de depresión, que incorporó tres conceptos específicos: la llamada tríada cognitiva; esquemas o patrones estables de pensamiento; y errores cognitivos, o procesamiento de información defectuoso. Según Beck, la tríada cognitiva abarca la visión de una persona deprimida de sí misma, sus experiencias continuas y su futuro, lo que hace que (o ella) considere las experiencias o interacciones actuales con los demás como derrotas o fracasos, y piense en el futuro como uno de «dificultades incansables, frustración y privación». Esta tríada de patrones cognitivos negativos genera las perturbaciones emocionales y la pérdida de energía o motivación asociada con la depresión. (Guerri, 2017)

Capítulo II. Marco Referencial

2.1 Referencia al concepto Salud – Enfermedad

Desde los albores de la humanidad, el ser humano ha hecho esfuerzos de diversa naturaleza por mantener su salud, y desde la antigüedad se ha considerado que existen personas con capacidades para restablecerla, para quienes la mayoría de las explicaciones acerca de la salud y la enfermedad, se fundamentaban en la existencia de dioses que curaban y en las virtudes mágicas de encantamientos y hechizos. En las culturas primitivas, el brujo era curandero por dos virtudes: por su conocimiento de plantas y preparación de brebajes y por su cercanía con los dioses. Las plantas de donde se extraían las infusiones y los bebedizos eran albergue de los espíritus de los dioses, que debían ser invocados mediante ceremonias y rituales. (Vergara Quintero, 2007, pp. 43 - 44)

Vergara Quintero, señala que,

En 1946, surge la definición de salud enunciada por la Organización Mundial de la Salud –OMS–: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad visible. Muchos criticaron a la OMS la idea de completo estado de bienestar, ya que ésta idea parece irreal: salud y enfermedad no serían categorías ni estados nítidamente diferenciados, sino parte de un continuo, de un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción. (Vergara Quintero, 2007, p. 45)

De acuerdo con Molina,

El concepto de “salud” tampoco es estático ni ahistórico: cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad. Se reconoce hoy desde diferentes posturas que, en cualquier sociedad la definición del término “salud” no es estrictamente biológica, sino primariamente social. (Molina 2007; citado por Vergara Quintero, 2007, p. 45)

Así,

El concepto de salud mental (SM) ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) como “un estado de bienestar en el que la persona materializa sus

capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad”, mientras que el de enfermedad mental (EM) se equipara a los trastornos mentales, sobre los que se señala que son muy diversos y cada uno se acompaña de diferentes síntomas; suelen “caracterizarse por una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales anormales”. (OMS, 2013; citado por Torres y col, 2015, p. 64)

Para Mebarak, De Castro, Salamanca, y Quintero,

Frecuentemente, los profesionales y estudiantes de la psicología y carreras afines a ésta se preguntan qué es la conducta anormal, para lo cual habría que partir primero del hecho de que todos los días las personas tratan de comprender a sus semejantes, y no siempre pueden determinar por qué alguien hace o siente algo [...] En la actualidad, los teóricos de las ciencias sociales consideran que se pueden mirar varios componentes para hablar de anormalidad:

a. Infrecuencia estadística. Al afirmar que alguien es normal, se da a entender que no se desvía significativamente del promedio de rasgos o conductas comunes de una población general; es decir, no se separa desproporcionadamente de las características específicas y patrones de comportamiento del común de las personas en un entorno.

b. Violación de normas. Se ha dicho que la conducta anormal es también aquella que viola las normas sociales y constituye una amenaza (en algún grado o sentido) o produce ansiedad en quienes la observa

c. Aflicción personal. La anormalidad sugiere la idea de sufrimiento personal. En este sentido, la conducta puede ser anormal si le produce una gran aflicción a quienes la manifiestan, así como dolor, disfuncionalidad y/o tormento.

d. Incapacidad o disfunción. Hace alusión a que el individuo está imposibilitado para alcanzar alguna meta (personal, social, familiar, laboral, etc.) debido a su estado mental, afectivo y/o de comportamiento. (Mebarak, De Castro, Salamanca, y Quintero, 2009, pp. 88 - 89)

Mebarak, De Castro, Salamanca, y Quintero, 2009, “se considera a un individuo normal si muestra la suficiente capacidad para relacionarse con su entorno de una manera flexible, productiva y adaptativa, y si sus percepciones de sí mismo y del entorno son constructivas y promotoras de equilibrio propio” (p. 89).

2.2 Referencia y análisis al duelo

La muerte de un ser querido es una de las situaciones más dolorosas que podemos vivir. Cuando se pierde a una persona querida, es como si muriera una parte de nosotros. A partir de ese momento, se inicia un proceso llamado “duelo”. (De los Ríos, 2008, p. 3)

De los Ríos, define al duelo como:

Conjunto de sentimientos, emociones, pensamientos y comportamientos que aparecen tras la muerte de un ser querido. A pesar del sufrimiento que provoca, el duelo y el dolor por la pérdida de un ser querido es algo normal y te llevará un tiempo volver a vivir sin la presencia de esta persona tan importante en tu vida. (De los Ríos, 2008, pp. 4 - 5)

Así mismo, respecto a la duración del duelo:

Implica un periodo de tiempo variable. No se puede decir que tenga una duración determinada porque depende mucho de la relación que te unía al ser querido y de ti mismo. Generalmente el primer año es el más duro, pero igual que cada uno de nosotros vive la pérdida de un ser querido de una forma diferente, también cada uno lo superará en un tiempo distinto. (De los Ríos, 2008, p. 10)

Kübler – Ross (1972) nos habla sobre diferentes fases durante el duelo, “primera fase: negación y aislamiento: La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales” (p. 30).

Segunda fase: ira

“Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Lógicamente, surge la siguiente pregunta: “¿Por qué yo?” (p. 37).

Tercera fase: pacto

La tercera fase, la fase de pacto, es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves períodos de tiempo. Si no hemos sido capaces de afrontar la triste realidad en el primer período y nos hemos enojado con la gente y con Dios en el segundo, tal vez podamos llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable: “Si Dios ha decidido sacarnos de este mundo y no ha respondido a mis airados alegatos,

puede que se muestre más favorable si se lo pido amablemente”. (Kübler - Ross, 1972, p. 55)

Cuarta fase: depresión

Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas o se debilita y adelgaza, no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara. Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida. (Kübler - Ross, 1972, p. 57)

Quinta fase: aceptación

Si un paciente ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina e inesperada) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. (Kübler - Ross, 1972, p. 74)

Tabla 1. Factores condicionales del duelo

(tomado en Astudillo, Pérez, Ispizua, y Orbegozo, 2007, p. 26)

Psicológicos	Sociales	Fisiológicos
<p>Factores del doliente</p> <p>Personalidad, inteligencia, salud mental</p> <p>Experiencias pasadas de duelo</p> <p>Pérdidas secundarias: número, tipo y calidad, por ej. Roles que ocupaba el difunto</p>	<p>El sistema de soporte social del individuo</p> <p>Estatus educacional y económico</p> <p>Rituales funerarios</p>	<p>Drogas y sedantes</p> <p>Salud física</p> <p>Nutrición</p> <p>Descanso y sueño</p> <p>Ejercicio</p>

<p>Otras crisis y estresares concurrentes</p> <p>Percepción de realización del difunto en vida</p> <p>Creencias religioso filosóficas y valores</p> <p>Factores de relación</p> <p>Asuntos pendientes. Cualidades de la relación perdida</p> <p>Factores de la muerte</p> <p>Circunstancias particulares: muerte súbita v/s esperada, largo de la enfermedad previa, existencia de duelo anticipado</p>		
---	--	--

Tabla 2. Fases del duelo

(tomado en Astudillo, Pérez, Ispizua, y Orbegozo, 2007, p. 35)

LINDEMANN	(1944)	1.- Shock/incredulidad, 2.- Aflicción aguda, 3.- Reanudación de la vida diaria, 4.- Disminución de la imagen de estar muerto.
ENGEL	(1964)	1.- Negación, 2.- Aceptación creciente, 3.- Restitución.
KÜBLER-ROSS	(1969)	1.- Negación, 2.- Depresión, 3.- Cólera, 4.Reajuste, 4.- Aceptación.
HOROWITZ	(1976)	1.- Protesta, negación, 2.- Intrusión, 3.- Obtención, 4.- Conclusión

SCHULZ	(1978)	1.- Inicial, 2.- Intermedia, 3.- Recuperación.
DAVIDSON	(1979)	1.- Shock e insensibilidad, 2.- Búsqueda y ansiedad, 3.- Desorientación, 4. Reorganización.
BOWLBY	(1980)	1.- Embotamiento, 2.- Anhelos y búsqueda, 3.- Desorganización y desesperanza, 4.- Reorganización.
BACKER ET AL	(1982)	1.- Ansiedad, 2.- Ira y culpabilidad, 3.-Desorganización.
MARTOCCHIO	(1985)	1.- Shock e incredulidad, 2.- Anhelos y protesta, 3.- angustia, desorganización y desesperación, 4.- Identificación, 5.- Reorganización y restitución.
DELISLE - LAPIERRE	(1984)	1.- Crítica, 2.- Crucial, 3.- Creadora
CLARK	(1984)	1.- Negación e incredulidad, 2.- Aceptación creciente de la pérdida, 3.- Restitución y recuperación.
D'ANGELICO	(1990)	1.- Shock / negación, 2.- Ira / depresión, 3.Comprensión / aceptación.

2.3 Referencia y análisis del estrés

La mayoría de las veces, la función del cuidador primario no es reconocida, no se toman en cuenta los factores estresantes a los que está sometido día a día y mucho menos se identifica la existencia de problemas de salud que puedan deteriorarlo. (Cedillo Torres, Grijalva, Santaella Hidalgo, Cuevas Abad, y González Pedraza-Avilés, 2015, p. 362)

De acuerdo con Olivares (2017),

Cuidar a una persona dependiente supone con frecuencia una notable fuente de estrés que puede llegar a afectar su estado de salud psicológico y físico, y de hecho afecta, de manera importante la vida del cuidador. No es de extrañar que, dada la alta dedicación que exige el cuidado de una persona dependiente, los CPI sientan afectados todos los demás ámbitos de su vida cotidiana, de ahí que en ocasiones se les llegue a denominar víctimas o pacientes ocultos. (Breinbauer, Vásquez, Mayanz, Guerra, y Millán, 2009 citado en Ortega-Andeane, Meneses García, y Oscar, Agosto 2018 -Enero 2019, p. 43)

El estrés del cuidador se debe a la tensión emocional y física producidas por cuidar de otra persona. Los cuidadores tienen niveles de estrés mucho más altos que las personas que no son cuidadores. Muchos cuidadores están proporcionando ayuda o están disponibles para hacerlo prácticamente todo el día. A veces, eso significa que queda poco tiempo para el trabajo o para otros miembros de la familia o amigos. Algunos cuidadores pueden sentirse abrumados por la cantidad de cuidado que necesita su familiar anciano, enfermo o discapacitado. (Jaramillo López, Portocarreo Betancourt, y Polisgua Fernández, 2019, p. 36)

El miembro afectado para adecuarse a esta realidad depende de la posición socioeconómica y de la resiliencia que tenga cada individuo, este proceso que generan cambios en las interacciones familiares y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de desequilibrio, situación que conlleva a poner en riesgo el bienestar y manejo del paciente con la enfermedad catastrófica, sin tomar en cuenta los cambios homeostáticos en breves lapsos, que habitualmente suelen darse de corta duración, ya sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte. (Jaramillo López, Portocarreo Betancourt, y Polisgua Fernández, 2019, p. 36)

2.4 Referencia y análisis de la ansiedad

Por lo que,

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). En México, en el año 2006, fue la tercera causa de muerte en adultos. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2007; citado en Montero, Jurado, y Méndez, 2014, p. 46)

La carga del cuidador se define como todas aquellas reacciones emocionales que se experimentan ante la vivencia de cuidar, y los cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida en general de los cuidadores (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). La carga surge de la valoración o interpretación que el cuidador hace de los estresores derivados del cuidado, y está en función de los recursos y habilidades con los que esta cuenta (Espín, 2008). Tal carga interfiere en el manejo adecuado del enfermo en virtud de que puede ocasionar episodios de maltrato físico o psicológico hacia el enfermo (Lobst et al., 2009), afectar la propia evolución de la enfermedad y la adherencia del paciente al tratamiento y provocar al mismo tiempo el deterioro de la calidad de vida

del cuidador. (Rubira, Marcon, Belasco, Gaíva y Espinosa, 2012; citado en Montero, Jurado, y Méndez, 2014, p. 46)

Dahlquist y Shroff, (2005; citado en Montero, Jurado, y Méndez, 2014) mencionan que, “las fases iniciales de la enfermedad se acompañan de reacciones de ansiedad intensa ocasionada por la separación del ser querido debida a la hospitalización y el desconocimiento de los procedimientos médicos que son parte del tratamiento” (p. 46).

Después de un tiempo, los niveles de ansiedad suelen ir disminuyendo conforme el CPI se adapta a la enfermedad al ir reduciendo los errores en el procesamiento de la información ocasionados por la aparición reiterativa de pensamientos automáticos y miedos irracionales respecto al futuro del paciente y a sus habilidades para cuidarlo. (Beck, 1995; Beck, citado en Montero, Jurado, y Méndez, 2014, p. 46)

Hernández, Reyes-Silva, Villegas García, y Pérez-Camacho, (2017), nos dicen que “el estrés puede tornarse en un trastorno mental cuando la persona estresada empieza a desarrollar cuadros de ansiedad y depresión “(p. 214).

Asumir el rol de cuidador no es inocuo, pues es posible desarrollar un fenómeno de “sobrecarga” por la tarea asumida, conjugando diversas variables como son: la desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social, el deterioro familiar, actitudes relacionadas a dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras, así como ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes. (Navarro-Sandoval, Uriostegui-Espíritu, Delgado-Quiñones, y Sahagún-Cuevas, 2017, p. 26)

2.5 Referencia y análisis de la depresión

Los cuidadores son afectados en el orden físico, psicológico y socioeconómico, lo que en conjunto conlleva a un estrés que interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad. Esto provoca, al mismo tiempo, el empeoramiento de la calidad de vida del cuidador, quien queda en un estado de vulnerabilidad y por ende es propenso a padecer una serie de enfermedades somáticas y psíquicas, producto de la agotadora y estresante labor que realizan. (Hernández, Reyes-Silva, Villegas García, y Pérez-Camacho, 2017, p. 214)

El desgaste que causa hacerse cargo de un paciente puede ocasionar problemas interpersonales, así como sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo,

resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio y aislamiento. Esta situación constituye un entorno estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador y su estado de ánimo. (Hernández, Reyes-Silva, Villegas García, y Pérez-Camacho, 2017, p. 214)

A medida que aumenta la carga de trabajo de la persona cuidadora, también se incrementa el riesgo de deterioro de su salud y su calidad de vida, influyendo negativamente tanto en sus actividades sociales, laborales y familiares, como sobre la limitación del tiempo para dedicarse a sí mismos, y que a su vez origina un aumento en la frecuencia de ansiedad y depresión en ellos. (Navarro-Sandoval, Uriostegui-Espíritu, Delgado-Quiñones, y Sahagún-Cuevas, 2017, p. 26)

Hernández, Reyes-Silva, Villegas García, y Pérez-Camacho (2017), señalan que, “la depresión se observa en los cuidadores que tienen ciertos patrones cognitivos que los llevan a distorsionar la información y adelantar conclusiones pesimistas acompañadas de pensamientos catastróficos en lo que se refiere al curso de la enfermedad” (p. 46).

Alfaro et al. (2008),

Refieren que diversos estudios a nivel internacional han encontrado que entre el 46 y el 59% de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, y presentan ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población. (Alfaro et al., 2018; citado en Navarro-Sandoval, Uriostegui-Espíritu, Delgado-Quiñones, y Sahagún-Cuevas, 2017, p. 27)

En estudios anteriores realizados en México dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, se observó que más del 50% de los cuidadores se encuentra en riesgo de experimentar depresión clínica, o cubre los criterios para un episodio depresivo mayor. Estos estudios encontraron que los síntomas depresivos con mayor porcentaje de reporte fueron: ganas de llorar (73%), irritabilidad (69%), fatiga (67%), tristeza (65%), problemas para la concentración (60%), problemas de sueño (59%) y dolor de cabeza (50%). Al analizar los resultados de la variable de sobrecarga se observó que los cuidadores, de manera general, experimentan un estado de elevada carga subjetiva; reportándose una relación positiva entre las variables de depresión y sobrecarga. (Navarro-Sandoval, Uriostegui-Espíritu, Delgado-Quiñones, y Sahagún-Cuevas, 2017, p. 27)

Según la OMS, la depresión se define como un trastorno mental que se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y disminución de la energía. Otros síntomas son: pérdida de la confianza y la autoestima, sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, menor capacidad de concentración, así como la aparición de trastornos del sueño y la alimentación. Aunque los sentimientos depresivos son frecuentes, solo se formula el diagnóstico de trastorno depresivo cuando los síntomas superan un umbral y duran al menos dos semanas. La depresión puede ser desde leve hasta muy grave, y por lo general es episódica, recidivante o crónica. (Navarro-Sandoval, Uriostegui-Espíritu, Delgado-Quiñones, y Sahagún-Cuevas, 2017, p. 27)

2.6 Definición y clasificación de los tipos de cáncer

En la actualidad el cáncer es la tercera causa de mortalidad en México, con el 12.9% de todos los casos. De acuerdo a datos del INEGI, en el año 2015 fallecieron un total de 655,688 personas; las tres principales causas de muerte fueron: complicaciones de la diabetes mellitus (98,521), complicaciones de enfermedades isquémicas del corazón (88,144) y cáncer (85,201). (Aldaco Sarvide et al., 2018, p. 29)

La mortalidad por cáncer en México en el año 2015 fue de 85,201 casos. El **54.2%** de las muertes ocurrió en el interior del hogar, el 36.4% en un hospital del sector público y el 4.8% en una institución de salud privada. (Aldaco Sarvide et al., 2018, pág. 29)

También, Aldaco Sarvide et. Al., (2018), menciona que, “las principales causas de muerte por cáncer según el número de eventos son: pulmón_6,903, próstata 6,447, hígado y vías biliares intrahepáticas (HVBIH) 6,333, mama 6,304 y gástrico 6,065” (p. 30).

Para Millán Calenti, señala que,

Las personas mayores representan el grupo etario con mayor prevalencia de cáncer, ya que la edad constituye el principal factor determinante en su padecimiento; así, la probabilidad de sufrir algún tipo de tumor maligno por debajo de los 75 años es del 25% para los varones y el 17% para las mujeres, soportando en términos globales las personas mayores de 65 años el 58% del total de tumores malignos. (Millán Calenti, 2006, p. 598)

El 67% de los fallecimientos por cáncer se producen en las personas mayores de 65 años, representado el cáncer de pulmón el 27% de las muertes por cáncer en los varones, seguido en prevalencia por el de estómago, próstata, colon y vejiga; mientras que en las

mujeres el primer lugar lo ocupa el cáncer de mama (18%), y después el de estómago, colon, útero e hígado. (Millán Calenti, 2006, p. 598)

Así mismo, Millán Calenti (2006), nos propone las **Localizaciones más frecuentes**

Cáncer de vejiga: Descrito por primera vez en trabajadores que utilizaban anilinas, aparece entre la quinta y la séptima década de la vida, sobre todo en el sexo masculino, representando hasta el 4 % de los tumores. Entre sus factores etiológicos, además de las anilinas, estarían las infecciones repetitivas y el tabaco. Desde el punto de vista anatomopatológico, es un tumor muy heterogéneo, que histológicamente responde al tipo epitelial en la mayor parte de los casos. Clínicamente suele manifestarse por una hematuria no dolorosa, que se hace dolorosa en caso de invasión o infección, junto con dolor suprapúbico. El pronóstico, al igual que el de la mayoría de los tumores, va a depender del grado de invasión en el momento de la detección. (Millán Calenti, 2006, p. 598)

Cáncer de próstata: Su incidencia aumenta de manera significativa con la edad, siendo histológicamente adenocarcinomas. Sus manifestaciones clínicas suelen aparecer cuando el tumor ya ha evolucionado, cursando, entonces, con alteraciones en la micción, en relación con la potencia del chorro o la sensación de tenesmo miccional. (Millán Calenti, 2006, pp. 598 - 599)

Cáncer cutáneo: El melanoma maligno es un tumor derivado de los melanocitos que, aunque poco frecuente, ha incrementado su incidencia en los últimos años, sobre todo en los individuos de raza blanca, pelo rubio, ojos azules y piel clara. En su origen están implicados factores genéticos, ambientales (luz) e inmunológicos, pudiendo adoptar cuatro formas de presentación: superficial, nodular, léntigo maligno y melanoma acral. Su prevención radica en evitar la exposición al sol, basándose el diagnóstico precoz en la inspección de los nevos superficiales. Los basaliomas y los cánceres epidermoides son comunes en los sujetos de edad, pero la facilidad de observarlos, por su crecimiento superficial, permite intervenirlos precozmente. (Millán Calenti, 2006, p. 599)

Cáncer de mama y cérvix: es el tumor más frecuente en las mujeres, pero a la vez es el que de alguna manera se puede prevenir más fácilmente mediante pruebas programadas de detección selectiva. Su incidencia aumenta con la edad; por ello, la probabilidad de que un bulto en el pecho o una anomalía en una mamografía tengan un origen maligno es mucho más elevada que en una mujer joven. La autoexploración, junto con la

valoración anual de las mamas, constituyen pruebas de screening altamente eficaces en las mujeres mayores, que deberán completarse con las mamografías, al menos cada dos años hasta los 75 años. La prevención del cáncer de cérvix se basa en la citología vaginal mediante la prueba de Papanicolau. (Millán Calenti, 2006, p. 599)

Cáncer de colon: Sabemos que el cáncer de colon es más frecuente en pacientes con antecedentes familiares del mismo, siendo las pruebas más eficaces en el diagnóstico precoz la de la sangre oculta en heces y la sigmoidoscopia, mientras que serían medidas a tener en cuenta para su prevención la disminución de la ingestión de grasas y el incremento en el consumo de fibra. (Millán Calenti, 2006, p. 599)

La persona con cáncer y sus familiares están abocadas a largos tratamientos que se acompañan de cambios vitales, y han de hacer frente a importantes y múltiples acontecimientos vitales y emociones que desafían sus capacidades de adaptación. Incluso en la supervivencia, las personas afectadas han de afrontar las secuelas permanentes de los tratamientos, temores e incertidumbre ante posibles recaídas, así como alteraciones en su estado emocional, imagen corporal, sexualidad, relación de pareja, y cambios en sus hábitos de salud (p. ej., ejercicio, nutrición, etc.) y en su actividad laboral y social. (Cruzado Rodríguez, 2013, p. 11)

2.7 Cuidadores primarios

En la literatura se describe el “síndrome del cuidador primario”, fenómeno relacionado directamente con la sobrecarga que, a nivel físico como emocional, pueden padecer quienes ocupan este desgastante papel. Se insiste en los textos especializados en la necesidad de atender el cuidado que el cuidador requiere para que éste pueda soportar el sobreesfuerzo que tiene que realizar durante un tiempo prolongado en el cuidado diario y constante del enfermo, ya que existe el riesgo de que este personaje se convierta en un enfermo secundario. (Barrón y Alvarado, 2009, p. 40)

Ostiguín y Rivas, 2011, afirman que, “en México al hablar de cuidador con frecuencia provoca pensar en el estrés del familiar de un enfermo quien dedica su tiempo a servirlo” (p. 50).

Esto hace que,

Proporcionar cuidados a un enfermo precisa de apoyo, porque atenderlo en casa representa un cambio sustancial para la familia por tiempo prolongado, que produce con frecuencia una serie de síntomas que desgastan en lo físico, emocional, económico, etc.

La labor del cuidador tiene una gran relevancia, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia, superación de la vulnerabilidad de la enfermedad, entre otras. (Ostiguín Meléndez Rivas Herrera, 2011, p. 50)

Por un lado, Uribe refiere:

El cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona. (Uribe, s.f.; citado en Barrón y Alvarado, 2009, p. 40)

Barrón y Alvarado, (2009), señalan que, “por tanto, la gran función que desempeña el cuidador principal en estos pacientes puede ocasionarles problemas de salud no solo de tipo físico sino también de tipo mental” (p. 40).

Alvarado (2009; citado en Ostiguín Meléndez y Rivas Herrera, 2011) nos da la definición como, “persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente” (p. 52).

Astudillo, et. al., definen al cuidador primario, como:

La persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/ la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. Es el que tiene la delicada tarea de poner 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 que atiende y rodea al enfermo 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. (Astudillo, et. al., 2008; citado en Barrón y Alvarado, 2009, p. 41)

Por su parte Armstrong, plantea,

El cuidador primario asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que éste por sí mismo no puede llevar a cabo; en este rol es común que el cuidador sea un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso

vecino), y que, por lo general, no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del enfermo. (Armstrong 2005; citado en Barrón y Alvarado, 2009, p. 41)

Es por ello, que,

Algunos cuidadores no quieren reconocer la tensión personal relacionada con las muchas tareas, responsabilidades y largas horas dedicadas al cuidado del paciente. Muchos se sienten abrumados o al límite de su capacidad, pues la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar. Éstos componen un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento. De igual manera, hay otros factores que afectan la salud del cuidador; entre otros, habrán de considerarse edad, género, parentesco, tiempo de dedicación y otras cargas familiares, elementos que han demostrado influir en la aparición del síndrome. (Martínez Ruiz, Díaz Vega, y Gómez Blanco, 2010, p. 33)

Síndrome de Desgaste del cuidador primario,

El síndrome del cuidador primario suele estar provocado por la dificultad que entraña para el cuidador 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; pasando, conforme avanza el curso de la enfermedad, de ser un mero supervisor de las actividades del paciente al que le procura los cuidados más básicos. (Barrón y Alvarado, 2009, p. 42)

Por lo tanto,

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. Si bien la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa a esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos expresados en insensibilidad hacia los otros. 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. (Barrón y Alvarado, 2009, p. 42)

Es por ello, que,

El cuidador requiere de apoyo social, el cual debe ser proporcionado por la familia o las instituciones de salud, entre otros. De igual manera, el cuidador requiere planificar su asistencia y cuidados al enfermo dejando un tiempo para sí mismo, estableciendo límites en el desempeño de su tarea, delegando funciones en otros miembros de la familia o en amigos, dejando de lado su papel de persona indispensable o de que nadie más podrá hacer las cosas mejor que ella, y sobre todo recordando que eso no quiere decir que ame menos al enfermo. (Barrón y Alvarado, 2009, p. 44)

2.8 Concepto de geriatría

Ávila Fematt (2010), añade, “la geriatría es la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en los adultos mayores con alguna condición aguda, crónica, tributaria a rehabilitación, o en situación terminal” (p. 49).

Asimismo,

El objetivo prioritario de la geriatría es lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual. (Ávila Fematt, 2010, p. 51)

Ávila Fematt, nos propone que:

A partir de la construcción de indicadores del estado de salud (enfermedades crónicas, capacidad funcional, deterioro cognitivo, autopercepción del estado de salud) y de indicadores de factores de riesgo (consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo) se pueden definir cuatro tipos de envejecimiento:

- Envejecimiento ideal: cuando el estado de salud es muy bueno y los factores de riesgo son bajos. El individuo es absolutamente capaz de realizar actividades de la vida diaria, es autosuficiente, no padece enfermedades crónicas, no tiene deterioro cognitivo, percibe su salud como buena, no fuma y no bebe.
- Envejecimiento activo: cuando hay un estado de salud muy bueno y factores de riesgo medios o altos. El individuo tiene una enfermedad crónica, percibe su estado de salud como regular, tiene alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria, aunque es independiente, no sufre deterioro cognitivo.

- **Envejecimiento habitual:** cuando el estado de salud es regular y los factores de riesgo son medios o bajos. La persona tiene más de una enfermedad crónica, tiene limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con incapacidad funcional, aunque se mantiene independiente, deterioro cognitivo leve o ninguno.

- **Envejecimiento patológico:** en estado de salud regular con riesgos altos, o bien, un estado de salud malo sin importar los factores de riesgo. La persona tiene enfermedades crónicas, mala autopercepción de salud, padece deterioro cognitivo, presenta discapacidad y muy probablemente es dependiente de terceros. (p. 52)

Ahora bien,

El individuo con enfermedades crónicas tiene necesidades médicas y sociales distintas que requieren una mayor coordinación de los servicios de cuidados clínicos y de otra índole. En este sentido, se hace necesario romper con el paradigma del cuidado institucional para asumir los beneficios de las redes asistenciales; pasar del cuidado en un sitio único al de una sucesión de entornos y de la atención por un solo profesional al brindado por un conjunto de ellos. (Ávila Fematt, 2010, p. 53)

En suma,

La Sociedad Británica de Geriátría define esta especialidad como «la rama de la medicina que se ocupa no sólo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas de edad avanzada, sino también de la recuperación funcional de éstas y de su reinserción en la comunidad», estableciendo un matiz práctico que se dirige a la atención integral de los ancianos y en especial del «paciente geriátrico». (Millán Calenti, 2006, p. 4)

Para Millán Calenti,

En el envejecimiento influyen dos factores que permiten explicar el grado de intensidad de este proceso vital: por un lado, los determinados genéticamente, que producirían el envejecimiento primario o fisiológico, y por otro, los factores causados por el ambiente, enfermedades o alteraciones y que darían lugar al envejecimiento secundario o patológico. (Millán Calenti, 2006, p. 8)

Así mismo Millán Calenti,

Coloca el papel del psicólogo dentro del equipo multidisciplinario como:

Psicólogo: mejor si es clínico; su actuación irá dirigida a la valoración y rehabilitación cognitiva, además del afrontamiento de los problemas afectivos y conductuales entre otros. Su intervención abarcará a la familia y en ocasiones a los propios profesionales, de acuerdo con la carga asistencial asumida (burn out). (Millán Calenti, 2006, p. 11)

Por otro lado, para Angulo Romero,

La geriatría es por tanto una rama de la gerontología y la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos, y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos. Es una ciencia práctica aplicada, que se ocupa de la asistencia integral a estas personas. (Angulo Romero 2018, p. 5)

Finalmente, para Angulo Romero (2018), “la geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, psicológicos y sociales de los ancianos (mayores de 65 años). Busca mejorar la imagen y la atención de los ancianos” (p. 6).

Capítulo III. Marco Teórico

3.1 La tanatología y sus bases

“Siempre digo que la muerte puede ser una de las más grandiosas experiencias de la vida. Si se vive bien cada día, entonces no hay nada que temer”

Elizabeth Kübler Ross

La rueda de la vida.

3.1.1 Conceptos sobre la muerte.

Reyes – Zubiría (1996) nos comparte lo que es la muerte para Platón, Aristóteles y Epicuro, por lo que: “Para los griegos, la palabra “prepararse” significa un entrenarse para un acontecimiento atlético o para una representación teatral” (p. 26).

Prepararse en este contexto, es aceptar la absoluta distinción entre alma y cuerpo: los dos están compuestos de diferentes sustancias que no podrán mezclarse. El cuerpo no puede afectar al alma; ésta puede mover al cuerpo, pero nunca el cuerpo al alma. Cuando la gente confunde el alma con su cuerpo entonces se vuelve dependiente del cuerpo. Quien se identifica con su cuerpo ya no tiene control de sí mismo. El Yo queda dominado por su contraparte. (Reyes Zubiría, 1996, p. 26)

Un filósofo debe buscar la verdad. Encontrarla, es descubrir en el interior de uno mismo la eternidad del alma. Es mirarla con claridad. En realidad, la vida filosófica no es otra cosa que un continuo y prolongado ejercicio que permita separar el alma del cuerpo. Por eso la vida es solamente una preparación para morir. (Reyes Zubiría, 1996, p. 26)

De manera que Reyes Zubiría (1996), afirman, “si nosotros debemos tener, alguna vez, un conocimiento puro, entonces debemos liberarnos del cuerpo para poder contemplar, así las cosas, por sí mismas. Tenemos que dejar que el tiempo y la Muerte tengan al cuerpo” (p. 26).

Reyes Zubiría (1996), “así, concluye Platón, sabemos que el alma no solamente está separada del cuerpo, sino que está hecha de distinta sustancia” (p. 27).

Para Platón, morir es abandonar el cuerpo. Por lo que vivir se convierte en alcanzar el verdadero conocimiento. (Reyes Zubiría, 1996)

Al contrario de Platón, Reyes Zubiría (1996), nos dice que, “Aristóteles desarrolló una filosofía muy distinta. Por ejemplo, para Aristóteles no existen las ideas eternas que Platón propone” (p. 27).

Así que,

Aristóteles asegura que nada existe sin una causa. Todo lo existente es “causa” de un “efecto”. Todo lo que existe está en “acto” de ser tal cosa, con su propia Forma y Substancia. Pero también existe el estado de “potencia” de llegar a ser el acto que puede ser. Por ejemplo: una bellota está en Acto de ser bellota. Lo es en sí misma. Tiene substancia y forma de bellota. Pero, al mismo tiempo, es un roble en Potencia. Encierra en sí misma, la substancia de ser roble. Así podemos afirmar que la bellota está en Acto y en Potencia. Es Causa y Efecto. (Reyes Zubiría, 1996, p. 27)

Entonces,

Hay distintas clases de Causas: la Formal, la Material, la Instrumental y la Final. Observemos una pintura; para que el cuadro exista, debió existir primero el artista que lo pintó; es él la Causa Formal del mismo; pero el pintor debió tener, además de los diferentes colorantes, algo en dónde pintar su creación: lienzo, madera, vidrio, papel, etcétera. A esto se le llama Causa Material. Tuvo que contar con las brochas y pinceles necesarios: son la Causa Instrumental; y lo más importante, tuvo que tener un motivo que lo impulsara a realizar su obra: es la Causa Final. Esta, la causa Final, es “la Causa de las Causas”. (Reyes Zubiría, 1996, p. 28)

Sin embargo,

Aristóteles rechazó la teoría de la inmortalidad. Lo hizo porque, para él, la causalidad no es trascendente, sino inmanente: el alma no puede vivir sin la substancia material del cuerpo. El alma no trasciende al cuerpo, es inmanente a él. El hombre no es solamente alma ni solamente cuerpo, sino que es un cuerpo animado por el alma. Si el cuerpo muere, el alma deja de animarlo: el Hombre deja de existir. (Reyes Zubiría, 1996, p. 28)

Y por último para Epicuro:

Nada nace de la nada. Es su principio fundamental. Rechaza claramente la posibilidad de que haya discontinuidad dentro de la naturaleza física del universo. La fuente de la continuidad está en las mismas entidades físicas. Por lo que, necesariamente, el universo debe estar formado por distintas unidades de materia, a las que Epicuro llamó “átomos”,

porque no pueden dividirse ni cambiar y, por lo mismo, son eternas. (Reyes Zubiría, 1996, p. 29)

En una de sus frases más célebres, Epicuro nos dice: “Si somos, la Muerte no es; si la Muerte es, nosotros no somos”. Dicho de otra manera, o la Muerte no existe aún, o no existe ya la vida. La Muerte es el punto en que la vida llega a su fin; si algo queda, como sería el cadáver, o el alma, o el recuerdo afectuoso, no es la vida; o si decimos que sí queda vida, entonces lo que ocurrió no es la Muerte. Si uno sobrevive es que no muere. (Reyes Zubiría, 1996, p. 29)

Reyes Zubiría (1996), propone, “temer al castigo de los dioses por nuestro mal comportamiento, es totalmente absurdo: no hay dioses a quienes obedecer, no hay un orden universal. La vida no existe por una razón determinada. No tiene ni fin ni creador” (p. 29).

De igual forma, Reyes Zubiría (1996) afirman que “lo importante de la vida es expulsar el sufrimiento. Y la fórmula que Epicuro nos da es sencilla: eliminar el deseo, porque el deseo nos lleva a esperar del futuro, sólo para decepcionarnos sin remedio” (p. 30).

Para Epicuro, la Muerte tiene un inflexible poder. Es inevitable la dispersión de los átomos. Pero no vamos a temerle si vivimos en el presente. La respuesta ante la vida (creada por azar) y ante la Muerte (que llega por azar), sólo puede ser una: indiferencia. No es importante cuánto tiempo viviremos como cuerpo. Lo verdaderamente importante es qué tan bien viviremos como cuerpo. Esto hará que nuestras vidas se hagan significativas. (Reyes Zubiría, 1996, p. 30)

3.1.2 El proceso de duelo de Elisabeth Kübler Ross

Cuando volvemos la vista atrás y estudiamos las culturas de los pueblos antiguos, constatamos que la muerte siempre ha sido desagradable para el hombre y probablemente siempre lo será. Desde el punto de vista de un psiquiatra, esto es muy comprensible, y quizá pueda explicarse aún mejor por el conocimiento básico de que, en nuestro inconsciente, la muerte nunca es posible con respecto a nosotros mismos. (Kübler - Ross, 1972, pp. 8 - 9)

En nuestro inconsciente sólo podemos ser matados; nos es inconcebible morir por una causa natural o por vejez. Por lo tanto, la muerte de por sí va asociada a un acto de maldad, es un acontecimiento aterrador, algo que exige pena y castigo. (Kübler - Ross, 1972, p. 9)

Los antiguos hebreos consideraban que el cuerpo de una persona muerta era algo impuro y que no había de tocarse. Los primitivos indios americanos hablaban de los malos espíritus y disparaban flechas al aire para alejarlos. Muchas otras culturas tienen rituales para protegerse de la persona muerta “mala”, y todos se originan en este sentimiento de ira que todavía existe en todos nosotros, aunque no nos guste admitirlo. La tradición de la lápida sepulcral puede que tenga su origen en este deseo de mantener a los malos espíritus allá abajo, en lo hondo, y los guijarros que muchas personas ponen sobre la tumba son símbolos del mismo deseo. (Kübler - Ross, 1972, p. 10)

Hay muchas razones por las que no se afronta la muerte con tranquilidad. Uno de los hechos más importantes es que, hoy en día, morir es más horrible en muchos aspectos, es decir, es algo solitario, mecánico y deshumanizado; a veces, hasta es difícil determinar técnicamente en qué momento se ha producido la muerte. (Kübler - Ross, 1972, p. 12)

Entonces, Kübler Ross y Kessler (2017) plantean que “el duelo es la intensa respuesta emocional al dolor de una pérdida. Es el reflejo de una conexión que se ha roto. Más aún, el duelo es un viaje emocional, espiritual y psicológico a la curación” (p. 165).

El duelo transforma el alma rota y herida, el alma que ya no desea levantarse por las mañanas, el alma que es incapaz de encontrar una razón para vivir, el alma que ha sufrido una pérdida increíble. El duelo posee el poder de curar. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 165)

Es por ello que Kübler Ross y Kessler (2017) afirman que “muchos problemas de la vida se originan de un dolor no resuelto y no curado. Cuando no trabajamos el duelo, perdemos una oportunidad para curar el alma, la psique y el corazón” (p. 165).

El duelo es una experiencia vital que todos experimentamos. Es uno de los equalizadores de la vida, una experiencia compartida por todos los seres humanos. Pero, aunque sea una experiencia compartida, la mayoría de nosotros lo atravesamos como pequeñas islas de dolor. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 166)

3.1.2.1 Duelo anticipatorio

Para Kübler Ross y Kessler (2017),

La anticipación agudiza los sentidos e intensifica los cumpleaños, los festejos, las vacaciones. Por desgracia, también puede magnificar la posibilidad o la realidad de una pérdida. Por lo que sabemos, somos la única especie consciente del carácter inevitable

de nuestra propia muerte. Saber que nosotros y todos nuestros seres queridos vamos a morir algún día crea ansiedad. Lo descubrimos pronto en la vida. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 11)

En algún punto de la infancia, nos damos cuenta de que moriremos; y no sólo lo haremos nosotros, sino que también morirán algún día las personas que nos rodean. Ahí comienza nuestro duelo anticipatorio: miedo a lo desconocido, al dolor que algún día sufriremos. Está presente en casi todos los cuentos y películas de nuestra infancia, como si ellos nos estuvieran preparando arquetípicamente. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 11)

Años después, experimentamos un duelo anticipatorio más profundo cuando una persona a la que queremos (o nosotros mismos) padece una enfermedad terminal. En nuestra mente, el duelo anticipatorio es «el principio del fin». Ahora operamos en dos mundos, el mundo seguro al que estamos habituados y el mundo inseguro en el que un ser querido puede morir. Sentimos esa tristeza y la necesidad inconsciente de preparar nuestra psique. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 11)

Cuando un ser querido tiene que realizar el duelo anticipatorio para disponerse a separarse definitivamente de este mundo, también tenemos que realizarlo nosotros. Es posible que en el momento no seamos conscientes de ello. Podemos notar una extraña sensación en la boca del estómago o un dolor en el corazón antes de que muera un ser querido. Pensamos en las cinco etapas del duelo como en etapas que atraviesa la persona moribunda, pero muchas veces quienes la quieren también las atraviesan antes de que ella muera. Esto ocurre sobre todo en enfermedades largas. Aunque experimentemos algunas etapas o las cinco antes de que acaezca la muerte, tendremos no obstante que volver a pasar por ellas después de la pérdida. El duelo anticipatorio tiene su propio proceso: necesita su propio tiempo. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 11, 12)

Anticipar una pérdida es una parte importante de experimentar esa pérdida. A menudo pensamos que forma parte del proceso que realizan nuestros seres queridos cuando se enfrentan a su propia muerte. Pero, para los que sobrevivirán a la pérdida de un ser querido, es el principio del proceso de duelo. Esta anticipación puede ayudarnos a prepararnos para lo que nos espera, pero deberíamos ser conscientes de que la anticipación de un acontecimiento puede tener tanta fuerza como el acontecimiento propiamente dicho (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 13)

Experimentar el duelo anticipatorio puede o no facilitar o acortar el proceso de duelo. Puede acarrear únicamente un sentimiento de culpa por estar lamentando una pérdida antes de que haya ocurrido realmente. Podemos atravesar las cinco etapas del duelo (negación, ira, negociación, depresión y aceptación) antes de la muerte propiamente dicha. Podemos sentir únicamente ira y negación. No todo el mundo realiza un duelo anticipatorio y, de hacerlo, desde luego no lo hace de la misma manera. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 13)

En el duelo anticipatorio también podemos experimentar el limbo de la pérdida, esos momentos en que un ser querido ni mejora ni está ya agonizando, sino que sigue enfermo y sin apenas calidad de vida. Para los moribundos, puede ser un momento de callada desesperación o de franca ira: esos momentos en que un ser querido puede ver la televisión, pero no es capaz de cambiar de canal, o tiene hambre, pero es incapaz de levantar una cuchara. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 13)

En algunos casos, el duelo anticipatorio puede ocurrir meses o años antes de la pérdida. Es importante recordar que este duelo anticipatorio es distinto del que experimentamos después de una pérdida. Para muchos, el duelo anticipatorio no es más que un preludio del doloroso proceso que tenemos ante nosotros, un doble duelo que en última instancia nos curará. (Kübler Ross y Kessler, 2017, pp. 13 - 14)

3.1.2.2 Cinco etapas del duelo

Elisabeth Kübler Ross en su libro *Sobre la Muerte y los Moribundos* habla sobre las cinco etapas del duelo enfocándose en el enfermo terminal; años más tarde en colaboración con David Kessler retoma las cinco etapas del duelo, pero esta vez enfocándose en el familiar del paciente enfermo, y así encontramos que:

Kübler Ross y Kessler (2017), afirman que “son reacciones a la pérdida que muchas personas tienen, pero no hay una reacción a la pérdida típica, ni tampoco existe una pérdida típica. Nuestro duelo es tan propio como nuestra vida” (p. 15).

Las cinco etapas —negación, ira, negociación, depresión y aceptación— forman parte del marco en el que aprendemos a aceptar la pérdida de un ser querido. Son instrumentos para ayudarnos a enmarcar e identificar lo que podemos estar sintiendo. Pero no son paradas en ningún proceso de duelo lineal. No todo el mundo atraviesa todas ni lo hace en un orden prescrito. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 15)

La gente a menudo cree que las etapas del duelo duran semanas o meses. Olvida que son reacciones a sentimientos que pueden durar minutos u horas mientras fluctuamos de uno a otro. No entramos ni salimos de cada etapa concreta de una forma lineal. Podemos atravesar una, luego otra y retornar luego a la primera. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 22)

Primera fase: negación y aislamiento

En un moribundo, la negación puede parecer incredulidad. La persona puede seguir viviendo y negar de hecho la existencia de una enfermedad terminal. Para alguien que ha perdido a un ser querido, no obstante, la negación es más simbólica que literal. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 15)

Cuando la persona está en etapa de negación, al principio se pueden quedar paralizados o refugiarse en la insensibilidad. La negación no es aún la negación de la muerte propiamente dicha, aunque alguien pueda decir: «No puedo creer que esté muerto». La persona lo está diciendo, de hecho, porque, al principio, la realidad es excesiva para su psique. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

La primera etapa de duelo ayuda a sobrevivir a la pérdida. En ella, el mundo se torna absurdo y opresivo. La vida no tiene sentido. Se está conmocionado y se niegan los hechos. Hay una parte de insensibilidad, y se cuestiona cómo seguir adelante, si se puede seguir adelante, el por qué debería de seguirse adelante. Se intenta hallar una forma de ir pasando los días sin más. La negación y la conmoción ayudan a afrontar la situación y a sobrevivir. La negación ayuda a dosificar el dolor de la pérdida. Hay alivio en ella. Es la forma que tiene la naturaleza de dejar entrar únicamente lo que es capaz de soportar. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Estos sentimientos son importantes: ya que son los mecanismos de protección de la psique. Dejar entrar de golpe todos los sentimientos asociados a la pérdida sería algo emocionalmente abrumador. No se puede creer lo que ha sucedido porque, de hecho, el ser humano es incapaz de hacerlo. Creerlo del todo en esta etapa sería excesivo. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Las personas a menudo se descubren contando la historia de su pérdida una y otra vez, lo cual es una de las formas en que la mente afronta los traumas. Es una manera de negar el dolor mientras se intenta aceptar la realidad de la pérdida. Cuando la negación remite, va siendo poco a poco sustituida por la realidad de la pérdida. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Conforme se va aceptando la realidad de la pérdida y se comienza a hacer preguntas, se inicia sin saberlo el proceso de curación. Es la forma de hacerse más fuerte y la negación está empezando a remitir. Pero, conforme se avanza, comienzan a aflorar todos los sentimientos que se estaban negando. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Segunda fase: ira

Esta etapa se manifiesta de muchas formas: ira contra un ser querido por no haberse cuidado mejor o ira contra ellos mismos por no haber cuidado mejor de él. La ira no tiene porqué ser lógica ni válida. Se puede estar enfadado por no haber visto que esto iba a pasar y, cuando se ve, porque no se pueda hacer nada para evitarlo. Se puede estar enfadados con los médicos por su incapacidad para salvar a alguien tan importante en la vida de los cuidadores. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

También puede enfadar que la persona haya abandonado y no haya pasado más tiempo con sus seres queridos. Objetivamente, se sabe que ella no quería morir. Pero, emocionalmente, lo único que se sabe es que ha muerto. Esto no tenía que suceder, o al menos no ahora. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

La ira es una etapa necesaria del proceso curativo. Se tiene que estar dispuesto a sentir la ira, aunque pueda parecer infinita. Cuanto más auténticamente se sienta, antes comenzará a disiparse y antes se curará. Hay muchas otras emociones bajo la ira, y se abordará a su debido tiempo, pero la ira es la emoción con la que se está más habituado a tratar. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

La ira no tiene límite. No sólo puede extenderse a los amigos, los médicos, la familia, uno mismo y la persona querida que ha muerto, sino también a Dios, independientemente de las creencias que cada uno de nosotros tengamos, la ira no es sinónimo de cantidad, esta se presenta de diversas formas y en diferentes medidas. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Es posible que se esté enfadado porque Dios no haya cuidado mejor de la persona que hemos perdido. Es como si se esperará que, Dios repare en que se ha cometido un error tremendo y devuelva a la persona. Se queda instalado en la ira, preguntándose cómo reconciliar espiritualidad y religión con esta pérdida y esta ira. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

A menudo se asume que si no se es buena persona no se sufrirán los males del mundo. Se puede tener la sensación de que el cuidador y la persona que se ha ido han respetado parte del trato: ir a la iglesia, sinagoga o lugar de culto particular. Han sido entregados, amables y

caritativos. Han hecho todo lo que se les ha dicho. Se cree que serían premiados si se hacía. Pero esta pérdida no es ningún premio. También se supone que, si se cuidan físicamente, se come como es debido, se someten a exámenes médicos y se hace ejercicio, se tendrá buena salud. Estos supuestos se desmoronan cuando mueren los buenos, los justos, los entregados, los sanos. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

La ira es fuerza y puede anclar, confiriendo temporalmente estructura al vacío de la pérdida. Al principio, se percibe el duelo como estar perdidos en el mar: no hay ninguna conexión con nada. Luego el enfadarse con alguien, tal vez con una persona que no ha asistido al funeral, tal vez con una persona que no está, tal vez con una persona que es diferente ahora que el ser querido ha muerto. De repente, hay una estructura: ira contra esas personas. La ira se convierte en un puente tendido sobre el mar abierto, una conexión entre ellos y los cuidadores. Es algo a lo que aferrarse, y una conexión hecha con la fuerza de la ira es mejor que nada. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Es importante sentir la ira sin juzgarla, sin intentar hallarle un sentido. Ésta puede adoptar muchas formas: ira contra el sistema de salud, contra la vida, contra el ser querido por haberse ido. La vida es injusta. La muerte es injusta. La ira es una reacción natural a la injusticia de la pérdida. Por desgracia, no obstante, puede aislar de amigos y familia precisamente en el momento en que más se puede necesitar. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Tercera fase: pacto/negociación

Antes de una pérdida, parece que se haría cualquier cosa con tal de que no se lleven a la persona querida. «Por favor, Dios», se pacta, «no volveré a enfadarme con mi mujer nunca más si permites que viva». Después de una pérdida, la negociación puede adoptar la forma de una tregua temporal. «¿Y si dedico mi vida a ayudar al prójimo? ¿Podré entonces despertarme y descubrir que todo esto ha sido sólo una pesadilla?». (Kübler Ross y Kessler, 2017)

La negociación a menudo va acompañada de culpa. Los «ojalás» inducen a criticarnos y a cuestionar lo que «creemos» que podríamos haber hecho de otra forma. Es posible que incluso se pacte con el dolor. Cualquier cosa por no sentir el dolor de esta pérdida. Se quedan anclados en el pasado, intentando pactar la forma de librarse del dolor. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

La negociación puede permitir a la mente pasar de un estado de pérdida a otro. Puede ser una estación intermedia que procura a nuestra psique el tiempo que necesita para adaptarse. La negociación puede llenar las lagunas que generalmente dominan emociones fuertes, lo cual

a menudo mantiene el sufrimiento a raya. Permite creer que se puede restaurar el orden en el caos que nos rodea. La negociación cambia con el tiempo. Se puede comenzar pactando para que la persona querida se salve. Incluso pactar para morir en su lugar. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

La negociación a menudo se desplaza del pasado al futuro. Pactar para volver a verla en el cielo. Pedir una tregua para que no haya más enfermedades en la familia, o que ninguna tragedia más visite a los seres queridos. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Cuando se atraviesa la etapa de negociación, la mente modifica los acontecimientos pasados mientras explora todo lo que se podría haber hecho y no se hizo. Lamentablemente, la mente siempre llega a la misma conclusión [...] la trágica realidad es que el ser querido se ha ido realmente. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Cuarta fase: depresión

Es importante comprender que esta depresión no es un síntoma de enfermedad mental, sino la respuesta adecuada ante una gran pérdida. Nos apeamos del tren de la vida, se permanece entre una niebla de intensa tristeza y preguntamos si tiene sentido seguir adelante solos. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Asimismo, Kübler Ross y Kessler (2017) afirman que “la vida parece no tener sentido. Salir de la cama puede suponer el mismo esfuerzo que escalar una montaña. Te sientes pesado y la acción de ponerse en pie requiere un esfuerzo del que tú careces” (p. 24).

La pérdida de un ser querido es una situación depresiva, y la depresión es una respuesta normal y adecuada. Lo raro sería no sentirse deprimido tras perder a un ser querido. Cuando el alma toma plena conciencia de la pérdida, cuando nos damos cuenta de que nuestro ser querido no logró recuperarse esta vez y no va a volver, es normal deprimirse. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 24)

Una depresión clínica que no se trate puede conducir a un empeoramiento de nuestro estado mental, pero en el duelo, la depresión es un recurso de la naturaleza para protegernos. Bloquea el sistema nervioso para que podamos adaptarnos a algo que sentimos que no podremos superar. (Kübler Ross y Kessler, 2017, pp. 24 - 25)

Como el duelo es un proceso de curación, la depresión es uno de los muchos pasos necesarios que hay que superar para conseguirla. Cuando se es consciente de que se encuentran en una depresión o muchos amigos dicen que se ven deprimidos, es posible que la

primera respuesta sea resistirse y buscar una salida. Buscar una salida a la depresión es como entrar en el ojo de un huracán y dar vueltas dentro, temiendo que no exista una manera de salir de él. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

La depresión clínica es un grupo de enfermedades que puede caracterizarse por un estado depresivo a largo plazo. Sin embargo, nuestra sociedad considera que una tristeza normal es una depresión que conviene curar. La depresión normal es la tristeza que sentimos en determinados momentos de la vida, el resfriado común de las enfermedades mentales. Incluso existen anuncios de televisión que ofrecen ayuda y venden pastillas que prometen librarnos de ella. Cuando una depresión normal se transforma en una depresión clínica que requiere ayuda profesional, entonces los antidepresivos sí pueden ser de ayuda durante un tiempo. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 26)

Cuando la depresión sigue a una pérdida, es posible identificar penas específicas. En las depresiones más graves y duraderas, es difícil recibir apoyo. En tal caso, es posible que sea útil una medicación con antidepresivos a fin de ayudar a alguien a salir de lo que parece una depresión sin fondo. Sin embargo, sólo un profesional médico calificado, conocedor de la situación del paciente, puede realizar un diagnóstico exacto. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 26)

El tratamiento de la depresión es un acto de equilibrio. Se debe aceptar la tristeza como un paso apropiado y natural de la pérdida, pero no se debe permitir que una depresión descontrolada y permanente merme la calidad de vida [...] En algunos casos, es posible que la depresión deba tratarse con una combinación de apoyo, psicoterapia y medicación antidepresiva. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Quinta fase: aceptación

En esta etapa, se acepta la realidad de que el ser querido se ha ido físicamente y se reconoce que dicha realidad es la realidad permanente. Nunca gustará esta realidad ni se estará de acuerdo con ella, pero, al final, se acepta. Se aprende a vivir con ella. Es la nueva norma con la que se debe aprender a vivir. Ahora es cuando la readaptación y curación final pueden afianzarse con firmeza, a pesar de que, a menudo, crea la curación como algo inalcanzable. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Ahora, se debe intentar vivir en un mundo en el que falta nuestro ser querido. Es probable que al principio haya resistencia a esta nueva situación y se quiera mantener la vida tal como era

antes de la desaparición del ser querido. Sin embargo, con el tiempo, a través de pequeños pasos de aceptación, se puede percibir que no se puede mantener intacto el pasado. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

A medida que sucede la curación, se aprende quiénes somos y quién era nuestro el ser querido en vida. De una extraña forma, a medida que se avanza en el duelo, la curación nos acerca a la persona que acaba de fallecer. Comienza una nueva relación. Se aprende a vivir con el ser querido que hemos perdido. Se empieza el proceso de reintegración, en el que se intenta recomponer las piezas que se han fragmentado. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

La obtención de la aceptación puede ser sólo tener más días buenos que malos. A medida que se vuelve a empezar a vivir y disfrutar de la vida, muchas veces se piensa que, al hacerlo, se está traicionando al ser querido. Nunca se podrá reemplazar lo que se ha perdido, pero pueden establecer nuevos contactos, nuevas relaciones importantes, nuevas interdependencias. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

3.1.2.3 Otros efectos en el duelo

Dentro del proceso del duelo, podemos encontrar diversos efectos como resultado de la muerte de un ser querido, como lo son:

El alivio:

Kübler Ross y Kessler (2017) proponen “en muchos casos, un sentimiento extraño e inesperado aparece tras una pérdida: una sensación de alivio que contrasta con la profunda tristeza que sientes. Parece fuera de lugar, fuera de contexto y, a menudo, se considera algo malo” (p. 31).

Si se siente alivio, puede ser porque el ser querido sufría y ahora dan las gracias por el fin de dicho sufrimiento. Ver o incluso pensar en el sufrimiento de un ser querido produce un intenso dolor que se superpone a la tristeza. Por supuesto que se desearía que viviera más y mejor. Pero ello no era una opción. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

El alivio y la tristeza se entremezclan en una situación que no tiene solución. Cuando ello ocurre, el alivio es el reconocimiento de que el sufrimiento ha acabado, de que el dolor ya no existe, la enfermedad ha desaparecido. El ser querido ya no sufre esa enfermedad. Ha dejado de causarle dolor. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Sin embargo, para aquellos que no han experimentado una muerte lenta y conocida, la tarea de separar el alivio de la pérdida es todavía más difícil. Existe el alivio de saber que el ser

querido ya no sufre. Existe la realidad de que el cuidador tampoco. El sufrimiento es una cuestión familiar, y se sobrelleva entre todos. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Es importante comprender que no es raro sentir alivio, incluso en medio de la tristeza. Se trata de una reacción normal y no es una razón para sentirse culpable. El alivio es la calma tras la tormenta. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Descanso emocional:

No se está acostumbrado al trastorno emocional que acompaña a una pérdida. La gente experimenta toda una serie de sentimientos tras una pérdida, desde no importarles a encontrarse al borde de un ataque de ira o sentirse tristes por todo. Se puede pasar de sentirse bien a hundirse en cuestión de un minuto y sin aviso previo. Se puede sufrir cambios de humor difíciles de comprender para quienes nos rodean, porque ni siquiera los entiende uno mismo. En un momento se está bien y, al siguiente, se rompen en llanto. Así funciona el duelo. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Se puede tocar el dolor directamente durante un momento, hasta que se tiene que alejar de él. Se piensa en el trabajo, se distrae durante un rato con cualquier cosa, se procesa los sentimientos y se vuelve a por más. Si no hubiera acercamiento y alejamiento del dolor, nunca se podría tener la fuerza para encontrar paz en nuestra pérdida. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 33)

Sueños:

A su vez, Kübler Ross y Kessler (2017) afirman que “los sueños son una parte natural del dormir. Confieren cuerpo a nuestras esperanzas, a nuestros miedos más profundos y a cualquier cosa intermedia. Tras una pérdida, no es raro soñar que tu ser querido sigue vivo” (p. 45).

A menudo, los sueños realizan promesas que no pueden cumplir; se trata de una treta de la psique que trae con ella una efímera sensación de reconexión. Muchas personas dicen que, sin importar el resultado del sueño, se sienten agradecidos por pasar unos instantes más con su ser querido. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 46)

Los sueños pueden servir para muchas cosas, incluyendo como abstracción del dolor o como demostración de que el alma lucha contra la realidad. Dejando de lado su significado, los sueños nos ayudan a digerir sentimientos incomprensibles mientras se duerme y constituye una ayuda en el proceso de duelo, ya que la mente inconsciente no es capaz de distinguir entre un

deseo y la realidad. Quizá se es consciente de sueños ilógicos en los que existen conjuntamente dos realidades completamente opuestas. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Después de una pérdida, la necesidad de sentir que nuestro ser querido sigue existiendo, de alguna manera y en algún sitio, puede ser muy importante. Los sueños son una forma muy personal de encontrar una reafirmación cuando el mundo de la lógica no nos ofrece ninguna. Es posible que no seamos conscientes de cuánto trabajamos psicológicamente durante el sueño. Piensa en el hecho de que todos soñamos cada noche, pero sólo un pequeño porcentaje de nosotros recordamos los sueños al despertar. Los sueños pueden convertirse en un lugar de encuentro entre el mundo de los vivos y el reino de los muertos. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 46)

Los sueños enseñan que el ser querido no es, en esencia, la persona enferma de la que nos despedimos entre lágrimas en el hospital. Ni tampoco es el cuerpo que se vio en el tanatorio. El ser querido está sano y salvo, es la persona que se conoció y que se echa de menos ahora. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Kübler Ross y Kessler (2017) afirman que, “los sueños nos ofrecen la posibilidad de despedirnos y completar asignaturas pendientes” (p. 47).

De igual forma Kübler Ross y Kessler (2017) plantean que “también nos permiten dar y recibir permiso para que un ser querido y nosotros mismos encontremos paz” (p. 48).

Aislamiento:

Kübler Ross y Kessler (2017) postulan que “a menudo, la muerte de un ser querido nos deja aislados simbólicamente y físicamente. Estabas con alguien y ahora ya no” (p. 66).

El aislamiento es una parada muy importante en el camino del duelo, pero, en general, debería ser sólo una etapa más que recorrer. Si se queda estancado en el durante demasiado tiempo, la curación puede alejarse más y más. Un aislamiento excesivo y durante demasiado tiempo puede resultar en una reducción e inmovilización progresiva del mundo, hasta que acabe paralizado literalmente [...] En el aislamiento, desaparece la esperanza, reina la desesperación y eres incapaz de ver un atisbo de vida más allá de las invisibles paredes que aprisionan. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

La vida después de la muerte:

Tras la muerte, también se experimenta una revisión de la vida. Pero no se revisará en primera persona, no como se experimenta en vida, sino que la revivirá desde la perspectiva de cómo los demás lo percibieron. Sentirá todas las consecuencias de tus actos y conocerá todo el dolor y, más importante aún, todo el amor y amabilidad que los demás recibieron. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

El cuerpo y la salud:

El cuerpo se ha desgastado por todo lo que ha tenido que pasar, todo lo que ha sentido y todo lo que ha visto. Ahora, el cuerpo necesita descansar y recuperarse, incluso aunque tú no quieras o no te importe. Aunque tu cuerpo necesita atención, es natural sentirse con muy pocas ganas de cuidar de uno mismo. Al fin y al cabo, la única persona que te importaba se ha ido. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 97)

Se ha acostumbrado a no preocuparse por el cuidador primario. Al convertirse en un experto en conocer las necesidades de salud de su ser querido, ha olvidado pensar en las suyas. Durante los últimos meses, ha vivido pasando hambre, ha ganado o perdido peso y se ha agotado al máximo. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Cierre:

Kübler Ross y Kessler (2017), plantean que “los diccionarios definen «cierre» como “acción y efecto de cerrar o cerrarse; clausura; conclusión”. En la psicología de la Gestalt es la “tendencia a crear conjuntos ordenados y satisfactorios” (p. 116).

Si buscamos la etimología de la palabra «cierre», su origen se remonta al latín clásico y significa ‘cerrar el hueco entre dos cosas’ o cerrar para no molestar a los vecinos [...] Cuando hablamos de duelo, hay dos cierres que nos vienen a la cabeza: el primero es el final irreal que esperamos tras una muerte. Se ha convertido en una carga más, no sólo para penar y llorar la pérdida, sino también para encontrar rápido ese cierre y poder seguir con la vida [...] El segundo tipo de cierre implica hacer cosas que nos ayuden a ver la pérdida en perspectiva, como analizar qué pasó y por qué (o buscar detalles perdidos de las historias y rellenar los espacios en blanco). (Kübler Ross y Kessler, 2017)

No importa se haga para sentir sus sentimientos, nunca se encontrará el cierre del que se ha oído hablar o el que se ha visto en las películas, pero lo que sí se encuentra es un lugar para la pérdida, la manera de soportarla y vivir con ella. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

A menudo, se habla de asignaturas pendientes con los moribundos, ya que intentan morir sabiendo que lo han hecho lo mejor que han podido, pero nadie llega a terminarlo todo. Al final, los moribundos deben aceptar que sus vidas están completas tal cual están. Al pasar un duelo, se piensa por error que se puede dejar todo terminado, pero el duelo no es un proyecto con un principio y un fin, es el reflejo de una pérdida que nunca desaparece, sólo se aprende a convivir con dicha pérdida. El lugar donde encaja el dolor es algo individual y, a menudo, se basa en hasta dónde se ha llegado al integrar la pérdida. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

3.2 Teoría Cognitivo Conductual

“Si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con la que afrontes ese sufrimiento”

Aaron Beck.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos. Este hecho ha generado una ampliación creciente de sus ámbitos de aplicación, y no sólo por su capacidad para resolver problemas, sino por hacerlo, además, de una forma que resulte rentable en términos de coste-beneficio, al tratarse de intervenciones de tiempo limitado, con la posibilidad de llevarse a cabo en grupo y capaces de integrarse con facilidad en ámbitos de tratamiento interdisciplinar. (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 24)

La Terapia Cognitivo Conductual aglutina un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneos, para el tratamiento de los diversos problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar al individuo en su interacción con diversos contextos, pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida. (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 24)

Actualmente la terapia cognitivo conductual puede definirse como:

Plaud (2001 citado en Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012) menciona “la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente” (p. 32).

Principales características de la Terapia Cognitivo Conductual que nos propone Ruiz, Díaz y Villalobos son

- La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre todo en sus inicios, en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus ser su punto de referencia

- Las técnicas y procedimientos utilizados en TCC cuentan en una buena parte con base científica o experimental, sin embargo, también una proporción importante de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica (reestructuración cognitiva, hipnosis, relajación, técnicas paradójicas, etc.)

- El objeto del tratamiento es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como actividad susceptible de medición y evaluación (aunque sea indirectamente), en la que se incluyen tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos

- La conducta se conceptualiza como básicamente aprendida, es decir, fruto de los diversos factores que han operado en la historia del sujeto, sin ignorar la influencia de factores biológicos o sociales. Sin embargo, la referencia a los clásicos modelos de aprendizaje puede resultar restrictiva o insuficiente, aceptándose modelos causales multivariados desde los que se pueden establecerse intrincadas relaciones funcionales que superan el modelo tradicional E-O-R-C. (Haynes, 1995 citado en Ruiz Fernández, Díaz García y Villalobos Crespo

- El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están a la base del comportamiento

- La TCC pone el énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, no obstante, tiene en cuenta los factores históricos que explican por qué se está dando la situación actual

- Desde el punto de vista metodológico se considera característica fundamental la utilización de la metodología experimental, o de forma más precisa, de un enfoque empírico que se aplica a lo largo de todo el proceso, en la evaluación y

explicación de la conducta del sujeto, en el diseño de la intervención y en la valoración de sus resultados

- Hay una estrecha relación entre evaluación y tratamiento, que se extiende a lo largo de toda la intervención, dándose entre ambas una constante y mutua interdependencia, que hace difícil su distinción como fases diferentes. No obstante, son numerosas las intervenciones que se plantean en la actualidad a partir de criterios diagnósticos tradicionales y mediante protocolos estandarizados de actuación. Este proceder es fruto del conocimiento que ha ido adquiriendo acerca de los factores implicados en la génesis y mantenimiento de algunos problemas de comportamiento, y en la eficacia que ciertas intervenciones estandarizadas han mostrado en el tratamiento de determinados cuadros psicopatológicos

- La TCC tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, aspecto que procede del enfoque empírico que tiñe todo lo referente a la evaluación y tratamiento. Dicha eficacia se establece experimentalmente valorando los cambios producidos en la conducta tratada, considerando cambios a corto y largo plazo, así como su generalización al ambiente habitual del sujeto

- El tratamiento conductual ha sido y es eminentemente activo. Implicando la realización de actividades por parte del interesado en su medio ambiente natural

- La realización terapéutica tiene en estos momentos un valor explícitamente reconocido, sobre todo en las nuevas terapias contextuales, donde las contingencias que se desarrollan durante la propia situación terapéutica son consideradas un contexto de aprendizaje tan relevante como cualquier otro, al convertirlo en un entorno representativo del contexto habitual del sujeto. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, pp.82 - 84)

3.2.1 La terapia Cognitiva de Aaron Beck

La Terapia Cognitiva fue formulada y desarrollada por Aaron Beck a principios de los años sesenta. Su actividad profesional ha estado ligada desde sus comienzos al ámbito clínico y al académico. La influencia de estos ámbitos se ve reflejada en el hecho de que la Terapia Cognitiva desde sus inicios lleve aparejado un marco conceptual coherente para cada uno de los trastornos y un conjunto de técnicas de intervención para el tratamiento de problemas emocionales, así como indicaciones claras de cómo conducir el proceso terapéutico. (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 366)

Para Ruíz, Díaz y Villalobos (2012),

El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo, en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos. (Para Ruíz, Díaz y Villalobos 2012 p. 368)

Dentro de la organización cognitiva, existen términos a considerar como los **esquemas cognitivos, procesos cognitivos y productos cognitivos**, en donde los esquemas cognitivos:

Los esquemas cognitivos son entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales (Safran, Vallis, Segal y Shaw, 1986 citado en Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 268). Contienen conjuntos de creencias nucleares relacionadas con la visión del mundo, de los otros y sobre uno mismo y su interacción con los demás. Los esquemas están organizados según sus funciones. (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 368)

En general, en Terapia Cognitiva (TC) se utilizan con frecuencia indistintamente los términos “esquema cognitivo” y “creencias nucleares”. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las creencias nucleares constituyen el sustrato más profundo de los esquemas, pero los esquemas incluyen además otras creencias con distintos niveles de profundidad y especialidad. Las creencias nucleares son concepciones de uno mismo y del mundo globales, categóricas, incondicionales y estables en el tiempo. (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 369)

Los procesos cognitivos:

Son las reglas transformacionales a través de las cuales almacenada y recuperada. Cuando los individuos se enfrentan a una situación estimular determinada, no analizan toda la información disponible, sino que atienden a indicios que ya están contenidos –o son congruentes– con la información de esquemas cognitivos preexistentes. (Ruíz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 369)

Y los productos cognitivos:

Hacen referencia a los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio, los esquemas y creencias (en sus distintos niveles de accesibilidad) y de los procesos cognitivos. Los contenidos de los productos cognitivos suelen ser más fácilmente accesibles a la conciencia que los esquemas y los

procesos cognitivos. Es a esos productos cognitivos a los que Beck (1970) denomina “pensamientos automáticos”. (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 369)

Beck con sus colaboradores formularon modelos explicativos de distintos trastornos emocionales, de los cuales para fines de este estudio nos vamos a centrar en dos, el modelo cognitivo de depresión y los modelos cognitivos para los trastornos de ansiedad.

3.2.1.1 Modelo cognitivo de la depresión

Beck postula que, en la depresión unipolar no endógena, los individuos tienen una vulnerabilidad cognitiva que se dispara ante situaciones estresantes de la vida. Esta vulnerabilidad consiste en un conjunto de esquemas negativos y desadaptativos que a menudo reflejan pérdida, deprivación, inutilidad o derrota. (Beck, 1970; citado en Ruíz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p.370)

De acuerdo con el modelo, en la depresión hay un mal funcionamiento del procesamiento de la información debido a la activación de creencias nucleares profundas por acontecimientos o situaciones importantes de la vida del individuo y que conducen a síntomas fisiológicos, emocionales o conductas disfuncionales. No se plantea que las cogniciones sean la causa de la depresión o de cualquier otro trastorno emocional. Las causas pueden ser debidas a numerosos factores, (genéticos, bioquímicos, evolutivos, de personalidad, ambientales, etc.) o a la interacción de varios de ellos. Lo que realmente se postula es la primacía de los síntomas: la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas consiguientes, serían el primer eslabón de la cadena de síntomas depresivos. (Beck, 1972; citado en Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 371)

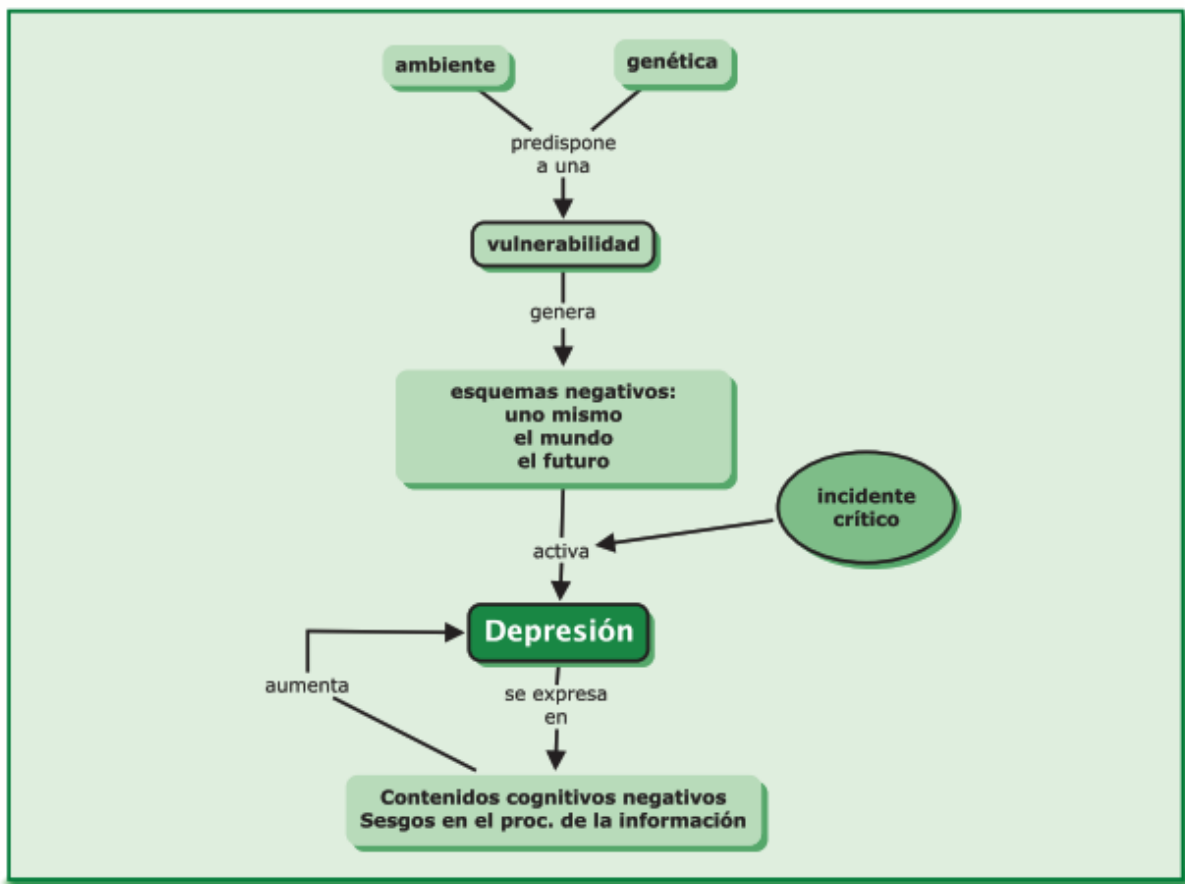
El modelo asume que el primer síntoma depresivo es la activación de esquemas negativos relacionados con la visión de uno mismo, el mundo y el futuro. En consecuencia, las personas con esquemas negativos o con tendencia a cometer errores de procesamiento (debido a su aprendizaje infantil o experiencias tempranas), serán más proclives a padecer trastornos depresivos que las personas con pocos esquemas negativos y/o con baja tendencia a cometer errores en el procesamiento de la información. (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 371)

Independientemente que cuál haya sido la causa de la depresión, la mayoría de los pacientes muestran ciertas características cognitivas comunes: pensamientos

automáticos negativos, distorsiones cognitivas, déficits cognitivos y esquemas cuyos contenidos hacen referencia a una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro que Beck denominó la Tríada Cognitiva. (Ruíz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 372)

Ilustración 1. Modelo de depresión de Beck

(tomado en Ruíz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 371).



La triada cognitiva:

Hace referencia a tres esquemas o patrones cognitivos que inducen al individuo a percibirse *a sí mismo, al mundo y al futuro* desde un punto de vista negativo. La visión negativa de sí mismo hace que el individuo se perciba como incompetente, inadecuado y desgraciado y se refleja en la percepción de un mundo que le hace demandas excesivas

o insuperables, exento de interés y que no proporciona ninguna gratificación. La visión negativa del futuro es de desesperanza, debido a la convicción de que nada de lo que percibe o experimenta en el presente cambiará, salvo para incrementarse las dificultades, el desánimo o el sufrimiento [...] Un esquema inactivo durante años puede llegar a activarse ante una situación o acontecimiento vital determinado. La respuesta dada por el individuo y las conexiones existentes entre los esquemas pueden activar a su vez otros igualmente negativos. (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 372)

Se considera que los acontecimientos en sí mismos no producen depresión, a no ser que la persona esté predispuesta por esquemas cognitivos a ser sensible a este tipo de sucesos. Eso explicaría por qué ante acontecimientos vitales importantes, determinadas personas caen en depresión y otras no. (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 373)

Las distorsiones cognitivas:

Los esquemas negativos activados en los individuos depresivos les llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información o distorsiones cognitivas que por una parte, facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio y, por otra, permiten al depresivo mantener la validez de sus creencias. (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 373)

En sus primeros escritos Beck identificó 6 distorsiones que cometían los pacientes depresivos, posteriormente junto con sus colaboradores amplia estas distorsiones cognitivas a 11, modifican el nombre de alguna de las anteriores añadiendo también cinco nuevas. A su vez, otros autores han contribuido a los errores cognitivos y así Yurica y DiTomasso (2004) recogen 17 distorsiones cognitivas frecuentes en pacientes depresivos y que algunos están presentes en otros trastornos.

Tabla 3. Distorsiones cognitivas

(tomado de Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, pp. 374 - 375).

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplo
Inferencia arbitraria / saltar a las conclusiones	Proceso de obtener una conclusión negativa en	“No encuentro trabajo porque soy un desastre”

	ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale.	
Catastrofico	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir.	“Es peor que no lo intente porque fracasaré y será horrible”
Comparación	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás.	“Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero”.
Pensamiento dicotómico/blanco o negro	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que sólo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo).	“O saco un 10 en el examen o soy un fracasado”
Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos.	“Me salió bien la cena pero fue por chiripa”
Razonamiento emocional	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.	“Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar”.
Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros.	“Mi novio me dice que soy una inculta, seguro que tiene razón”.
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	“Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal”.

Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa	"Soy un fracasado".
Magnificación	Tendencia a exagerar o magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento.	"Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar".
Leer la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye.	"Sé que mi padre, en el fondo, piensa que soy un inútil".
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.	"Me han llamado los amigos cinco veces pero podrían haberme llamado más".
Sobregeneralización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.	"Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien".
Perfeccionismo	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas, a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso.	"Las cosas hay que hacerlas perfectas, si no es mejor no hacerlas".
Personalización	Proceso de asumir causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de los otros cuando no hay evidencia que la apoye.	"María y Juan se están riendo, seguro que es de mí".

Abstracción selectiva	Proceso de focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa, toda la situación en un contexto negativo.	“Soy un desastre. He perdido el paraguas”.
Afirmaciones con “Debería”	Hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que están llevándose a cabo.	“Debería haberse dado cuenta de que yo lo estaba pasando mal y no continuar preguntándome”.

Y por último, los pensamientos automáticos:

Son las auto-verbalizaciones, pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación externa o interna determinada y que son el resultado de la interacción, en el caso de la depresión, de los supuestos depresogénicos, los acontecimientos activadores, los sesgos que se comenten al interpretar tales acontecimientos. (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 375)

3.2.1.2 Modelo cognitivo de la ansiedad

El modelo de ansiedad de Beck (1976) “enfatisa el papel que juegan en los problemas de ansiedad las creencias subyacentes del individuo y la interpretación que realiza de los estímulos a los que teme, incluyendo sus propias reacciones fisiológicas” (Beck, 1976; citado en Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 375).

Las respuestas de ansiedad se mueven en un continuo que va desde las reacciones fisiológicas normales a reacciones exageradas ante un peligro percibido. Las distorsiones cognitivas o sesgos negativos que se producen en el procesamiento de los estímulos internos o externos, son las mismas que en la depresión, aunque con pensamientos automáticos diferentes. (Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 375 - 376)

Las creencias subyacentes de peligro predisponen a los individuos a: 1) restringir su atención a posibles amenazas en su entorno, 2) interpretar catastróficamente los estímulos ambiguos, 3) subestimar los propios recursos de afrontamiento, 4) subestimar la probabilidad de que otras personas puedan ayudarle si se encuentra en peligro, 5) llevar a cabo conductas de seguridad disfuncionales como la evitación o huida. (Beck, 2005; Beck, Emery y Greenberg, 1985 citado en Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p.376)

En la siguiente tabla, se presentan diferencias en la triada cognitiva entre pacientes depresivos y con ansiedad:

Tabla 4. Diferencias en la tríada según trastorno

(tomado de Ruiz Fernández, Díaz García, y Villalobos Crespo, 2012, p. 377).

	Triada Cognitiva		
	Visión de uno mismo	Visión del mundo	Visión del futuro
Depresión	Negativa: Incompetente, inadecuado	Negativa: Poco gratificante, demandas excesivas	Negativa: Desesperanza
Ansiedad	Vulnerable	Amenazante	Incontrolable

3.3 Estrés, ansiedad y depresión

“Las enfermedades no nos llegan de la nada. Se desarrollan a partir de pequeños pecados diarios contra la naturaleza. Cuando se hayan acumulado suficientes pecados, las enfermedades aparecerán de repente”

Hipócrates

3.3.1 Trastornos relacionados con traumas y factores de Estrés

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), cada trastorno mental tiene una clasificación y a su vez codificación, cada uno se distinguirá de otro de acuerdo a la sintomatología y a los criterios que los acompañan, así para fines de este estudio se rescatarán trastornos en relación con el tema propuesto.

Tenemos entonces que los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés:

Son trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece, de manera explícita, como un criterio diagnóstico. Estos trastornos son el trastorno de apego

reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de estrés agudo y los trastornos de adaptación. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 265)

El malestar psicológico tras la exposición a un evento traumático o estresante es bastante variable. En algunos casos, los síntomas se pueden entender dentro de un contexto basado en el miedo y la ansiedad. Está comprobado, sin embargo, que muchas personas que han estado expuestas a un evento traumático o estresante exhiben un fenotipo que muestra como su característica clínica más importante, en lugar de síntomas fundamentados en el miedo y la ansiedad, síntomas anhedónicos y disfóricos, exteriorizados como síntomas de enfado y hostilidad, o síntomas disociativos. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 265)

Basándonos en el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM – 5 (2014):

309.81 (F43.10) Trastorno de estrés postraumático.

Los criterios diagnósticos:

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil)

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.).

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas)

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados")

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.

5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos). (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, pp. 271 - 272)

Un segundo trastorno dentro de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014):

309.89 (F43.8) Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. La categoría de otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno

relacionado con traumas y factores de estrés específico. Esto se hace registrando "otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "trastorno de duelo complejo persistente").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. Trastornos del tipo de adaptación con inicio retardado de los síntomas que se producen más de tres meses después del factor de estrés.
2. Trastornos del tipo de adaptación con duración prolongada de más de seis meses sin duración prolongada del factor de estrés.
3. Ataque de nervios: Véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en el Apéndice.
4. Otros síndromes culturales: Véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en el Apéndice.

Trastorno de duelo complejo persistente: Este trastorno se caracteriza por la pena intensa y persistente y por reacciones de luto (véase el capítulo "Afecciones que necesitan más estudio" en la Sección 111) (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 289)

Y, por último, un tercer trastorno que nos ofrece la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) es:

309.9 (F43.9) Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionado con traumas y factores de estrés. La categoría del trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias). (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 290)

3.3.2 Trastornos de Ansiedad

Existen también los trastornos de ansiedad, que la Asociación Americana de Psiquiatría, nos clasifica como los trastornos que,

Son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 189)

La ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se ve reducido por conductas evitativas generalizadas. Las crisis de pánico (panic attacks) se presentan principalmente con los trastornos de ansiedad como un tipo particular de respuesta al miedo. Las crisis de pánico no se limitan a los trastornos de ansiedad, sino que también pueden ser observadas en otros trastornos mentales. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 189)

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 189)

Puesto que los sujetos con trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan, el análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad es excesivo o desproporcionado lo realiza el clínico teniendo en cuenta factores de contexto cultural. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 189)

Dada la clasificación en el DSM – V por la Asociación Americana de Psiquiatría, los trastornos que podemos rescatar para fines de este estudio son:

300.02 (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada

Criterios diagnósticos:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis

meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar)

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses)

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta

2. Facilidad para fatigarse

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco

4. Irritabilidad

5. Tensión muscular

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio)

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo)

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante)

Dentro de sus características diagnósticas encontramos:

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos

o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación, y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan todos los días acerca de circunstancias rutinarias de la vida, tales como posibles responsabilidades en el trabajo, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la desgracia de sus hijos o asuntos de menor importancia (p. ej., las tareas del hogar o llegar tarde a las citas)

Varias características distinguen el trastorno de ansiedad generalizada de la ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son excesivas y, por lo general, interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas, se perciben como más manejables y pueden ser aplazadas si surgen asuntos más urgentes. En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son más penetrantes, pronunciadas y angustiosas; tienen una mayor duración y se producen con frecuencia sin desencadenantes

La ansiedad y la preocupación se acompañan de, al menos, tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, a pesar de que en los niños sólo se requiere un síntoma adicional

Las características asociadas que apoyan el diagnóstico:

Asociados a la tensión muscular pueden aparecer temblores, contracciones nerviosas, inestabilidad y molestias musculares o dolor. Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada también experimentan síntomas somáticos (p. ej., sudoración, náuseas y diarrea) y una respuesta de sobresalto exagerada. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pp. 222 - 223)

En la clasificación de los trastornos de ansiedad también existe:

300.09 (F41.8) Otro trastorno de ansiedad especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente

significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de ansiedad especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. Ataques sintomáticos limitados.
2. Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que en los que no está presente.
3. Khyal cap (ataque del viento): Véase "Glosario de conceptos culturales de malestar".
4. Ataque de nervios: Véase "Glosario de conceptos culturales de malestar. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.223)

Un tercer trastorno es:

300.00 (F41.9) Otro trastorno de ansiedad no especificado

1. Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.233)

3.3.3 Trastornos depresivos

Reyes Zubiría, nos comparte que: Psicológicamente una depresión nace por estas causas:

a. Cuando existen sentimientos de Frustración y/o Culpabilidad. Estos sentimientos siempre están como sostenidos por otro: Rabia.

b. La Rabia nace contra el Yo de la persona, o contra el Tú. Dado que lo propio de la Rabia es agredir, por la Rabia se tendrán conductas de Autoagresión (cuando sea contra el mismo Yo), o de Extra – Agresión (si va contra el Tú). podemos decir, en cierto sentido, que la Rabia nos obliga a tomar conductas un tanto cuanto masoquistas o sádicas.

c. Al darse cuenta uno de que está actuando tan malamente, surge la conciencia de que se es Malo. Y el que es Malo siempre busca un Castigo: necesita Purificarse.

d. Como Deprimido, por más castigo que se consiga, seguirá sintiéndose Malo, aumentará sus sentimientos primeros: Frustración y/o Culpabilidad, con una Rabia cada vez mayor. El círculo vicioso empezará entonces haciéndose cada vez más profundo y con mayores exigencias: más rabia, más autoagresión, más extra-agresión, más necesidad de castigo.

e. Esto será lo que podremos describir como un auténtico “calvario” para el que lo sufre. Quizás la máxima y más común consecuencia sea la Total Pérdida de Autoestima. Además, el ánimo depresivo destruye también el deseo de vivir. Esto favorece la sensación de vacío, la autodestructividad, la devaluación de la empatía humana y la violencia creciente de nuestra actual civilización (Reyes Zubiría , 1992, p. 49).

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), los trastornos depresivos son:

2. Son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado [...] Con los fenómenos depresivos se pueden asociar un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos de prescripción médica y varias afecciones médicas. Este hecho

se reconoce en el diagnóstico del trastorno depresivo debido a otra afección médica (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.155)

Dentro de los trastornos depresivos, rescatamos aquellos que funcionan para esta investigación:

Trastorno depresivo mayor:

Criterios diagnósticos

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación) (p. 160).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

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

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica (p. 161).

En cuanto al procedimiento de codificación y registro:

El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de

remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 162).

Los códigos son los siguientes:

Tabla 5. Códigos APA

(tomado de Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 162)

Especificador de gravedadcurso	Episodio único	Episodio recurrente
Leve	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Con características psicóticas**	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En remisión parcial	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En remisión total	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
No especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

Para un episodio que se considera recurrente debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio de depresión mayor. Las definiciones de los especificadores se encuentran en las páginas indicadas. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 162)

Si existen características psicóticas, codificar el especificador "con características psicóticas" independientemente de la gravedad del episodio.

A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el orden siguiente: trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/remisión, y a continuación todos los especificadores siguientes sin código que sean aplicables al episodio actual.

Especificar:

Con ansiedad.

Con características mixtas.

Con características melancólicas.

Con características atípicas.

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.

Con catatonía. Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).

Con inicio en el periparto.

Con patrón estacional (sólo episodio recurrente).

Sus características diagnósticas:

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infradiagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes. Al principio, el paciente quizá niegue que está triste, pero la tristeza se podría reconocer a través de la entrevista o deducir de la expresión facial o la conducta. En los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar de esa queja se asocia a síntomas depresivos específicos. Aparecen fatiga y alteración del sueño en una alta proporción de casos, y las alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes pero son indicativas de una mayor gravedad global, al igual que la presencia de una culpa delirante o casi delirante. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 162)

El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades (Criterio A)

El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio. Para que un síntoma cuente como parte de un trastorno depresivo mayor ha de ser nuevo o debe haber empeorado claramente en

comparación con el estado de la persona antes del episodio. Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 163)

Un segundo trastorno dentro de la clasificación de los trastornos depresivos es el:

300.4 Trastorno depresivo persistente (distimia).

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 169)

De igual forma rescatamos otro trastorno dentro de la clasificación propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría,

311 (F32.8) Otro trastorno depresivo especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno depresivo especificado" y a continuación el motivo específico (p. ej., "episodio depresivo de corta duración")

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses

consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

2. Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.

Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión. (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, pp. 183 - 184)

Y por último, también tenemos:

311 (F32.9) Otro trastorno depresivo no especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias). (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014, p. 184)

Capítulo IV. Aporte

4.1 Guía

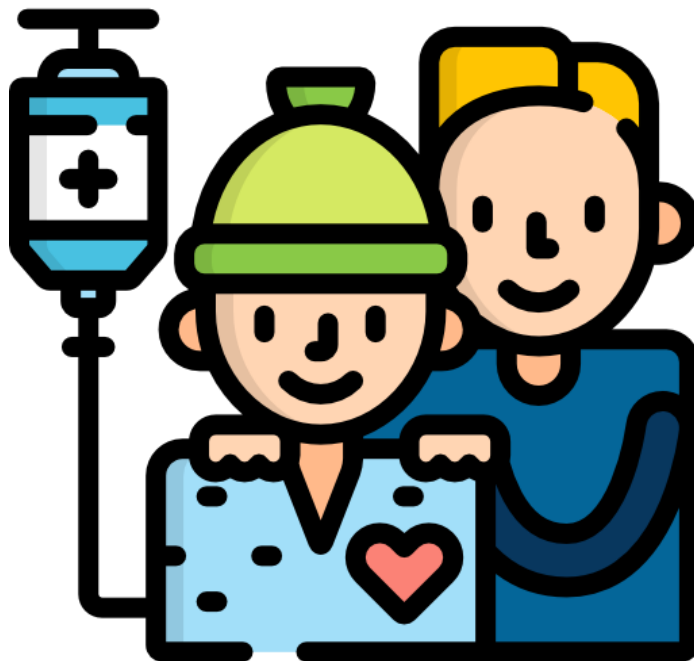


Guía práctica para cuidadores primarios con pacientes geriátricos con cáncer en fase terminal

“Cuidémonos para cuidar”

“Si no cuidamos de los cuidadores, no tendremos un enfermo, sino dos”

- Pedro Simón



Psic. Flor de Liz De la Cruz Carrera

Índice

Antes de iniciar	2
Introducción	7
Los cuidadores primarios	8
¿Qué es un cuidador primario?	8
Mi frasco, mis emociones	10
¿Emociones?	11
El proceso de duelo	12
Primera fase: Negación	13
Segunda fase: Ira	14
Tercera fase: Pacto	14
Cuarta fase: Depresión	14
Quinta fase: Aceptación	15
Tiempo de calidad para mi	16
Delegar responsabilidades	16
¿Qué hago cuando siento mucho estrés?	19
Déjalos ir con Amor	23
Autocuidado	25
Para finalizar	28

Antes de iniciar

Estimado lector, antes de que continúes tu lectura a esta guía práctica, me gustaría que te tomaras un tiempo para contestar las siguientes encuestas, son a forma de descubrir en qué nivel nos encontramos con la tarea de ser un cuidador primario.

Colocarás una X de acuerdo a como te sientas con los síntomas presentados en la siguiente tabla, posterior vas a contar los puntos, y anotar en la parte inferior tu resultado.

	En absoluto (0)	Levemente (1)	Moderadamente (2)	Severamente (3)
Torpe o entumecido				
Acalorado				
Con temblor en las piernas				
Incapaz de relajarse				
Con temor a que ocurra lo peor				
Mareado, o que se le va la cabeza				
Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
Inestable				
Atemorizado o asustado				
Nervioso				
Con sensación de bloqueo				
Con temblores en las manos				
Inquieto, inseguro				
Con miedo a perder el control				

Con sensación de ahogo				
Con temor a morir				
Con miedo				
Con problemas digestivos				
Con desvanecimientos				
Con rubor facial				
Con sudores, fríos o calientes				
				Total

A continuación, te presento el segundo cuestionario, consta de 21 preguntas, por favor, lee con atención cada una de las preguntas, después elige una respuesta a cada pregunta, de acuerdo a la mejor opción que describa como te has sentido en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Si varios enunciados en una misma pregunta te parecen cómo te sientes, subraya las respuestas que creas conveniente, y al finalizar contabiliza tus respuestas.

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Introducción

Esta guía práctica tiene como objetivo informar a los cuidadores primarios sobre el rol que ahora adoptaran al cuidar a un paciente geriátrico en fase terminal. Así como ayudarlos en su proceso de duelo.

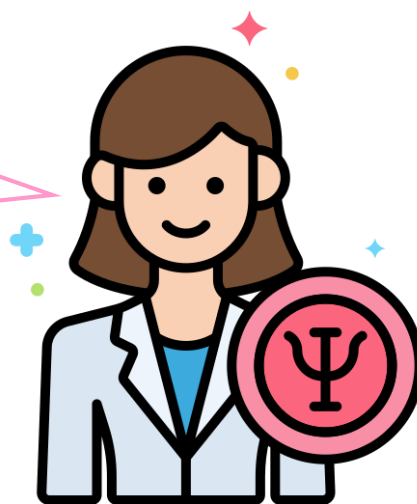
El proceso que sigue después y durante esta transición al enterarse de que su familiar está enfermo, no es fácil de procesar todos los cambios que se vienen a futuro, esta guía te facilitara la información sobre las diferentes fases que vas a pasar durante tu duelo.

Encontraras también diversas actividades que te ayudaran durante tu proceso, cada actividad y/o lectura viene con los pasos a seguir, o bien si es necesario con el material que necesitaras para llevar a cabo las actividades.

Se espera que el material presentado sea de ayuda para la comprensión del trabajo y la carga emocional hacia los cuidadores primarios, la importancia de gestionar emociones positivas, así como las negativas que son las que tienen más predominancia, el cuidarnos como cuidadores primarios para poder cuidar a nuestro paciente o familiar.

Recuerda que:

- Tu proceso de duelo no es igual al proceso de otra persona.
- No sucede de forma lineal y no tiene un límite de tiempo o un periodo específico.



Tu salud física y mental es igual de importante que la de tu paciente con cáncer en fase terminal, procúrate para poder estar bien contigo y tu entorno, aprender a cuidarnos en ocasiones cuesta, pero te aseguro que valdrá la pena.

Los cuidadores primarios

Al enterarse que un familiar o una persona cercana padece cáncer y que está en fase terminal, seguramente miles de escenarios te han pasado por la mente, dudas, y recuerdos te han invadido, probablemente no quieras aceptar que esa persona está enferma, muchas preguntas con pocas respuestas, quizá tengas sentimientos encontrados y te sientas incomprendido.

Ahora, ¿quién cuidará de la persona enferma?, ¿que necesito para ser un cuidador primario?

Lo primero que debes de saber es que cuidar a una persona implica mucho tiempo dedicado a esa persona, y en ocasiones el cuidador primario se dedica tanto al enfermo que se deja a un lado, y no se cuida a sí mismo.

Si estás en proceso de ser un cuidador primario o ya estás siendo un cuidador primario, esta guía puede ayudarte a comprender lo que está pasando o en su caso pasará al tener cercanía con esta persona enferma.

¿Qué es un cuidador primario y porque yo tengo que serlo?

Definamos primero quien es un cuidador primario:

Para Alvarado (2009; citado en Ostiguín Meléndez y Rivas Herrera, 2011) la definición es, “persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente” (p. 52).

Por su parte Armstrong plantea:

El cuidador primario asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que éste por sí mismo no puede llevar a cabo; en este rol es común que el cuidador sea un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), y que, por lo general, no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del enfermo. (Armstrong 2005; citado en Barrón y Alvarado, 2009, p. 41)

Mi frasco, mis emociones

Este frasco es tuyo, solo tú sabes que emociones estas sintiendo en este momento, coloca en el frasco las emociones que sientes. (tristeza, felicidad, enojo, nervioso, temeroso, etc.).



¿Emociones?

En el proceso por el cual estas pasando, tendrás una ola de emociones, y es completamente normal no saber qué es lo que estás sintiendo en estos momentos, al cuidar a una persona, regularmente las emociones que más predominan son las negativas y suelen ser muy intensas sentirlas, lo que no es normal es que estas emociones persistan por mucho tiempo, porque eso te puede llevar a ti a complicaciones como la sobrecarga, la ansiedad o bien la depresión.

Vas a escuchar que debes de estar bien y ocultar estas emociones negativas enfrente de tu paciente enfermo, que debes de callar y guardarlo, pero esto no es cierto, nunca será bueno ocultar estas emociones, si tu frasco está vacío, es momento de que coloques las emociones que estas teniendo, así sean negativas.

En ocasiones se nos dificulta entender nuestras emociones y reconocerlas, dales espacio en tu día, entendiendo que eres un ser humano que puede sentir y que tiene derecho a sentir así sea negativo.

Recuerda que, si estas emociones negativas se presentan durante un tiempo prolongado y empieza a afectar tu día a día, tus relaciones personales y simplemente sientes que no avanzas, es recomendable que busques ayuda con profesionales.

No te aísles, la familia y los amigos son parte importante de comunicar cómo te sientes, es recomendable que te tomes unos minutos del día para compartir tu estado de ánimo con ellos, respecto a ti, a lo que sientes por el paciente y los cuidados que ello implica.

Puede que, en el proceso de hablar con ellos, te des cuenta que no eres el único e inclusive pueden compartir emociones o perspectivas sobre lo que están viviendo, así la carga deja de ser tan pesada.



El proceso de duelo

En realidad, el proceso de duelo no siempre tiene relación con una persona fallecida, el duelo se puede encontrar en cualquier pérdida de nuestra vida o incluso antes de que llegue la pérdida, es un proceso de adaptación a nuestra nueva realidad sin dicha pérdida.

Pasar por un proceso de duelo por un familiar, o amigo cercano que está en fase terminal no suele ser fácil, este proceso no tiene fecha límite, cada duelo es tan propio como nuestra vida.

Y no, no siempre el duelo es cuando la persona ha fallecido, podemos vivir el duelo desde el momento en el que nos enteramos que la persona está enferma, pasando así por cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Es importante resaltar que el proceso de duelo no es proceso lineal, estas etapas nos ayudan a identificar lo que estamos sintiendo, pero no son paradas y no todo el mundo atraviesa todas de la misma manera o en ese orden específico.

Podemos estar atravesando dos etapas el mismo día, podemos estar enojados unos minutos y los siguientes minutos haciendo un pacto, todo esto como bien se menciona antes es propio, como la vida, es un proceso individual que cada miembro involucrado va a vivir y a sentir diferente, podemos sentir incluso como si estuviéramos en una montaña rusa de emociones.



Es importante que conozcas las etapas del duelo, para que puedas apoyarte a darle nombre a lo que estas sintiendo.

En los círculos ve marcando aquellos que hayas sentido, de acuerdo a la siguiente información:



Primera fase: negación y aislamiento

Esta primera etapa del duelo, es la etapa de negación, esa en donde te cuesta trabajo aceptar lo que los doctores ya te han confirmado, esta negación te va ayudar para a sobrevivir a la noticia que te acaban de dar, es natural que la primera reacción sea la negación, es la manera en la que tu mente te está ayudando a soportar la información que duele.

Esta primera etapa del duelo nos ayuda a sobrevivir a la pérdida. En ella, el mundo se torna absurdo y opresivo. La vida no tiene sentido. Estamos conmocionados y negamos los hechos. Nos volvemos insensibles. Nos preguntamos cómo podemos seguir adelante, si podemos seguir adelante, por qué deberíamos seguir adelante. Intentamos hallar una forma de ir pasando los días sin más. La negación y la conmoción nos ayudan a afrontar la situación y a sobrevivir. La negación nos ayuda a dosificar el dolor de la pérdida. Hay alivio en ella. Es la forma que tiene la naturaleza de dejar entrar únicamente lo que somos capaces de soportar. (Kübler Ross y Kessler, 2017, p. 17)

Segunda fase: ira

En esta etapa es importante que estés consciente de que la ira no siempre es hacia alguien en específico, esta puede ser dirigida hacia ti, a los doctores, a dios o inclusive a la persona enferma, y no te sientas mal por sentir ira en esta situación difícil.

Esta etapa que estás viviendo, es parte necesaria del proceso de curación para tu duelo, debes estar dispuesto a sentirla y darle un espacio en tu vida, no puedes esconderla o limitarla y callarla.

Normalmente la ira se ve como algo malo, a lo que no estamos acostumbrados a tratar, la ira es una reacción natural a la pérdida que vas a vivir o que ya estás viviendo, y aunque esta misma ira nos pueda alejar de nuestros seres cercanos, los vas a necesitar. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Tercera fase: pacto

El pacto viene de la mano con los “ojalá”, antes de la partida de tu familiar o inclusive después de, tendemos a pedirle a Dios, o a un ser supremo que le quite el dolor a la persona a cambio de algo, o que nos calme el dolor a nosotros por la pérdida, haciendo un trato, un pacto.

Por ejemplo, si hablamos de un padre, podemos pedir que le quite la enfermedad y jurar que jamás nos vamos a volver a pelear con la persona. En este punto buscamos hacer cualquier cosa para no sentir el dolor, queremos calmar el dolor de cualquier forma existente.

Aunque sepamos que nuestra persona no se quedara con nosotros más tiempo, sirve de consuelo hacer estas negociaciones para poder asimilar mejor la información. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Cuarta fase: depresión

La depresión en el duelo no es igual a un trastorno mental, en el duelo la depresión es una respuesta normal a la pérdida de un ser querido, existe en ella una tristeza profunda e intensa, la pregunta de seguir avanzando sin la presencia de esa persona nos sigue a donde vayamos.

Podría parecer que la vida no tiene sentido, que nos queremos ir con la persona, la pesadez al salir de la cama es mucha, y realizar nuestras actividades cotidianas parecen requerir más esfuerzo del que normalmente tienen.

La depresión en el duelo es un proceso de curación, es normal sentirla, y es necesario para procesar la información a diferencia de una depresión clínicamente diagnosticada, suele ser un estado depresivo a largo plazo. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Si crees que tu estado depresivo ha durado un largo periodo y sientes que no puedes avanzar, que tu vida está empeorando, es importante que busques ayuda con profesionales de la salud mental.



Quinta fase: aceptación

Por último, te vas a encontrar con la aceptación, cuando el paciente sigue con vida la etapa de aceptación va dirigida al aceptar que no hay vuelta atrás, y que tu familiar tiene que irse.

Cuando tu familiar ya no está con vida, aceptas que es mejor que físicamente no este, y reconoces que esta realidad es permanente.

En ambos casos, aunque la realidad no nos guste o no estemos de acuerdo con ella, al final, la aceptamos, se aprende a vivir con ella y es ahora el nuevo estilo de vida. Nos readaptamos y lo vemos desde un punto positivo, dejar ir a la persona porque se veía cansada o porque queríamos que el sufrimiento terminara.

Dentro del proceso de duelo puedes encontrarte con otros efectos como el alivio, sueños con tu familiar, aislamiento, descanso emocional, etc., y son completamente normal y parte del proceso de duelo. (Kübler Ross y Kessler, 2017)

Tiempo de calidad para mi

Cuando nos hacemos cargo de los cuidados de la persona enferma, solemos olvidarnos de nuestros cuidados y nos enfocamos demasiado a la persona que está enferma, se nos olvida que también nosotros necesitamos cuidarnos.

Aunque parezca imposible, la carga de trabajo que implica el cuidar a una persona enferma, puede disminuir cuando aprendemos a delegar responsabilidades, como cuidadores primarios hemos aprendido a cuidar y a ciertas actividades que el paciente requiere, de la misma manera en la que se aprende, se puede enseñar a miembros cercanos del paciente.

Delegar responsabilidades

Delegar responsabilidades como bien mencionaba anteriormente, funciona para disminuir la carga de trabajo que requiere el ser cuidador primario, lo que podemos hacer para llevar un control y saber a quién le corresponde realizar alguna actividad y los días, es una programación y registro de actividades.

Te recomiendo utilizar una tabla o bien un calendario en el cual vayas delegando responsabilidades, toma unos minutos de tu tiempo y analiza que actividades puedes delegar a otras personas, anota las actividades en la siguiente tabla:

Actividades necesarias	¿Quién las realiza?	¿Qué días lo realiza?

Dentro de la programación y registro de actividades, no solamente son las actividades del paciente enfermo, sino también las del cuidador primario, recordar que necesitas tiempo y espacio para ti, es de gran ayuda, hacer una programación con actividades propias. Eres capaz de experimentar satisfacción y repetir las actividades que te hacen sentir mejor.

Las actividades que realices durante el día, las puedes ir anotando, y calificando de la escala del 1 al 5 que tan satisfecho te sentiste al realizarla, recuerda que no importa que actividad sea, lo que importe es que a ti te ayude a descansar y cuidarte a ti.

Las actividades que realices para ti, puedes ir aumentándolas gradualmente, no te agobies si solo es una por día, con el tiempo puedes ir aumentando tus actividades al día.

Actividades	 1 Muy Insatisfecho	 2 Insatisfecho	 3 Neutro	 4 Satisfecho	 5 Muy Satisfecho

Es normal que al empezar a realizar actividades no te vas a sentir satisfecho, ya que la preocupación al delegar a tu paciente enfermo, va a causar que no te sientas completamente despejado, pero date tiempo de ir soltando e ir aprendiendo a delegar responsabilidades.

El formato en grande lo puedes encontrar en la siguiente hoja, para mayor comodidad:

Actividades	 1 Muy Insatisfecho	 2 Insatisfecho	 3 Neutro	 4 Satisfecho	 5 Muy Satisfecho							

¿Qué hago cuando siento mucho estrés?

Gran parte del proceso vas a sentir momentos en los que el estrés aumente y sientas que vas a perder el control, o incluso tus músculos se pueden tensar, para ello puedes realizar ejercicios de relajación progresiva.

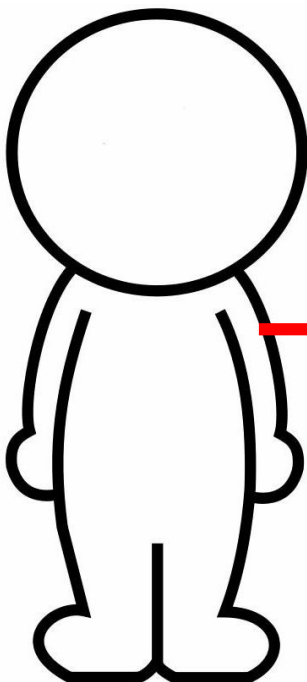
Se le conoce como relajación progresiva porque en ella vas disminuyendo progresivamente todas las tensiones musculares que pudieras tener, obteniendo como resultado la relajación de los músculos.

Esta técnica requiere que lo practiques varias veces para obtener mejores resultados, puede que la primera vez no salga como tu esperes, tranquilo, con la practica obtendrás mejores resultados.

Lo que debes de llevar a cabo para la relajación progresiva es:

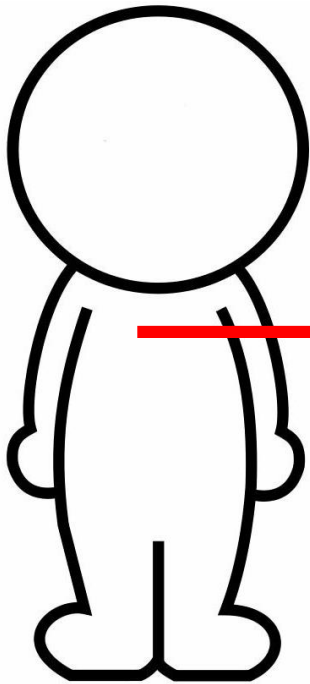
- Estar en posición sentado o acostado
- Cerrar los ojos y estar en un lugar con calma
- Durante la fase de tensión vas mantener tensión durante 5 a 8 segundos
- Y relajar por 10 segundos
- Este ejercicio lo vas a practicar de 10 a 20 minutos
- Una vez finalizado, vas a reintegrarte poco a poco

Considerando los puntos anteriores podemos empezar con:



Brazos

Vas a estirar el brazo derecho y tensarlo lo más que puedas, manteniendo esa tensión y el puño cerrado, vas a ejercer tensión sobre todo el brazo, desde la mano hasta el hombro. Nota que la tensión va por el bíceps, el antebrazo, la muñeca y en los dedos, cuando estén tensando vas a contar los segundos y gradualmente, relaja y junto con esta relajación ve respirando al mismo tiempo siente como los brazos se van relajando gradualmente. Repite lo mismo con el brazo izquierdo

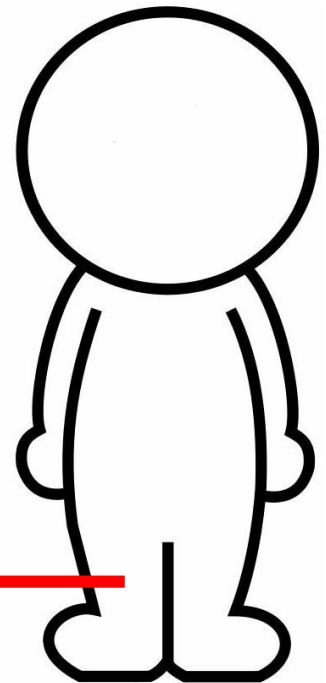


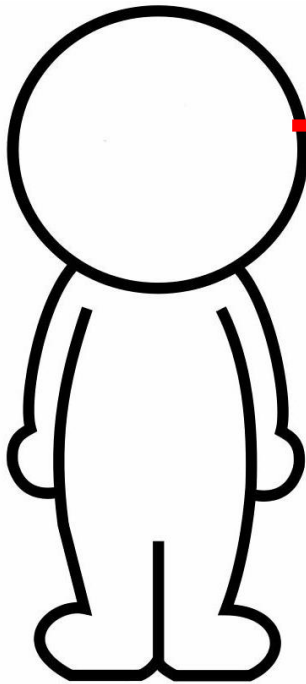
Pecho

Ahora con el pecho, vas a contener el aire e intenta hacer como si quisieras reducir tus pulmones, nota donde sientes la tensión, aproximadamente a la mitad del tórax y en el pecho, vas a contener el aire e ir soltando poco a poco, céntrate en la sensación de relajación, respira normal y siente como la tensión ha disminuido.

Piernas

Ahora con las piernas vas a tensar la pierna derecha y arquear el pie hacia atrás en dirección a la rodilla, ejerce la máxima tensión en glúteos, muslo, rodilla, pantorrillas y pie, contén la tensión por cinco u ocho segundos, y una vez realizado el tiempo, relaja lentamente y vuelve a la posición inicial. Concéntrate en la sensación de relajación, respira normal y deja los músculos de la pierna flojos. Repite entonces la misma secuencia con la pierna izquierda.



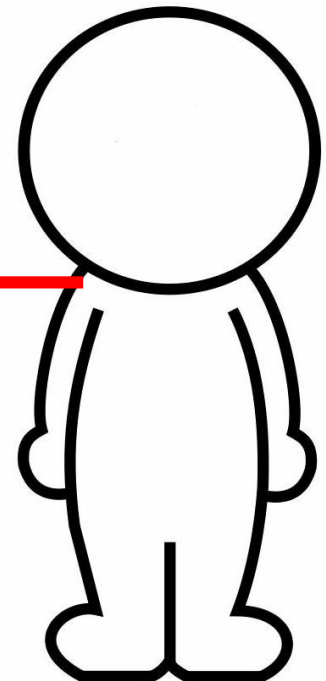


Cara

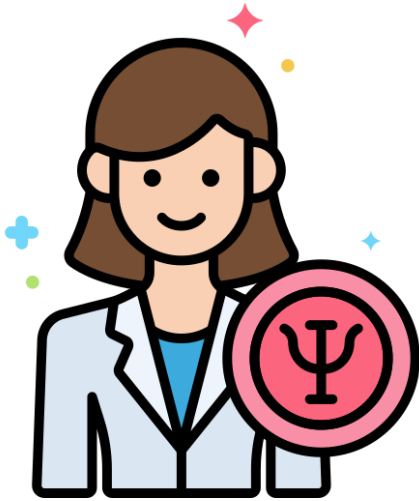
Con la cara, vas a comenzar cerrando los ojos haciendo mucha fuerza, la tensión aquí la vas a sentir alrededor de la zona de los ojos, céntrate en esos lugares en donde sientas más tensión, después de hacer el conteo vas a relajar los músculos de los ojos lentamente y vuelve a tu posición inicial, relajada y ve la diferencia entre la tensión y la relajación.

Hombros

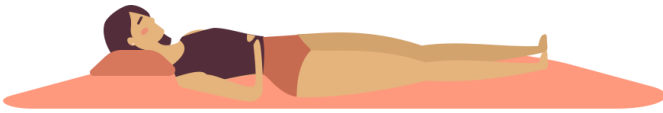
Vas a inclinar el cuerpo hacia adelante, a levantar los brazos, y a poner los codos hacia atrás, hacia arriba hasta llegar a la espalda, y así vas a arquear la espalda hacia adelante, nota en donde está la tensión, desde los hombros hasta la mitad de la espalda, una vez que hayas hecho el conteo, vas a ir soltando la tensión gradualmente, tira el cuerpo hacia atrás y regresa a tu posición inicial.



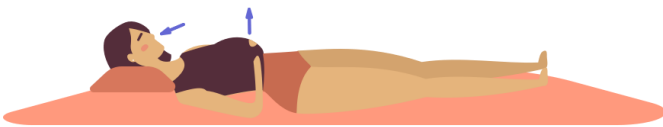
Recomendaciones:



- Te recomiendo que las primeras veces que realices este ejercicio o bien la primera vez, sea con ayuda de otra persona, que te vaya leyendo las instrucciones mientras tu realizas los ejercicios
- Seguir una secuencia ordenada que siempre sea la misma
- Nunca forzar excesivamente el musculo, ya que puedes lastimarte, tensa hasta donde te lo permita el cuerpo
- Al relajar debes ir soltando poco a poco y no soltarlo de repente
- Si se te olvida un musculo durante la secuencia, no regreses al ejercicio, continua con el siguiente musculo
- Imaginar en cada momento en el que tensas, al musculo tensarse y relajándose
- En lo que más vas a concentrarte es en la sensación de relajación
- Después de haber terminado con todos los músculos, haz un repaso mental, de los músculos que han sido más fácil y los que no



Posición de reposo



Inspiración (2 segundos)



Espiración (4 segundos)

Otra técnica que nos puede funcionar cuando sentimos niveles de estrés muy elevados, es el control de la respiración, en ella te vas encontrar en una posición de reposo, ya sea acotado o sentado, vas a inhalar aire por dos segundos o cuatro y después vas a exhalar lento por 4 segundos, e ir soltando el aire poco a poco, vas a repetir el proceso un rato.

Déjalos ir con Amor

Muchas veces cuando el paciente está más enfermo de lo que acostumbramos a ver, nos preocupamos tanto porque se recupere, e intentamos hacer de todo, médicos, tratamientos, curaciones caseras, etc., esto además de que es un desgaste físico para nosotros como cuidadores primarios, es un desgaste para el paciente enfermo cuando muchas veces lo único que necesita es que los dejemos ir.

El paciente lo que necesita saber es que puedes estar bien sin su existencia, y aunque se escuche fuerte, vas a poder estar sin tu familiar enfermo, no se trata de olvidar, sino que el paciente pueda irse en paz. Una frase tuya “Puedes irte en paz, estaré bien sin ti, pero estarás en mi corazón”, es suficiente para el paciente enfermo.

Cuando parte nuestro ser querido, hay tantas cosas por hacer, papeles que tramitar, cosas que comprar, rituales por hacer, familia lejana que llega a dar el pésame, amigos, y entre tantas cosas que tenemos que hacer no nos volvemos conscientes del dolor que estamos pasando.

Manifestar el dolor se vuelve parte importante de nuestro proceso de duelo, así hacemos consciente nuestro sufrimiento y tristeza, podemos liberar el dolor de diferentes formas posibles, escribir una carta, por ejemplo, sirve para que pueda escribir sobre el papel aquello que te duele, el último adiós a tu ser querido, sobre tus sentimientos y que es lo que pudiste hacer o no por esa persona.

No te sientas mal si además del proceso de duelo sentiste alivio o un descanso emocional, es normal sobre todo cuando la estancia de tu paciente se prolongó, además del alivio, puedes encontrarte con lamentaciones, con lágrimas, parecer que viste a ángeles, soñar con tu familiar, o inclusive sentir que esta persona está contigo o se te apareció, con sentimientos de culpa, con resentimiento por haberte dejado, te encontraras de pronto contando la historia de cómo se enteraron de la enfermedad y como fue el proceso hasta que llegaron al fallecimiento.

Todas estas partes mencionadas, son parte del duelo, no siempre pasas por cada una de ellas, pero puede pasar, no te asustes, no te estas volviendo loco, o eres una mala persona por sentir alivio, todas estas emociones y acciones que pasan por tu mente, son parte del proceso, eso te hace menos persona, sino al contrario te recuerda que eres un ser humano y es completamente normal sentir, permítete sentir y pasar tu duelo a tu manera.

Carta para: _____

El autocuidado

Como bien se ha estado mencionando, la importancia de la salud física y mental del cuidador primario es tan importante como la del paciente, cuidarse de uno mismo es igual a cuidar de nuestro paciente, evitemos tener dos enfermos.

¿Qué es lo que te permite el autocuidado?

Te permite en primer lugar estar en disposición física y mentalmente para poder cuidar a tu paciente, estar preparada para afrontar lo que conlleva a cuidar a una persona en fase terminal, tener un estado de serenidad y bienestar en la mayor parte del momento, esto también te facilitara la toma de decisiones.

Algunos hábitos saludables que se recomiendan son:

- Comer en horarios fijos y a su vez que sea saludable
- Realizar activación física
- Dormir bien
- Actividades recreativas
- Evitar aislarse
- Pedir ayuda
- Aprender a administrar horarios
- Dedicar tiempo para actividades

¿Qué otras actividades crees que necesitas hacer para un autocuidado óptimo?

The image shows a large, light pink rectangular area with a dark pink border and a scalloped bottom edge, intended for writing answers. A smaller, solid dark pink rectangle is positioned above the top edge of the main area.

Para finalizar

Me gustaría ahora, que después de haber finalizado la guía, pudieras contestar nuevamente los cuestionarios del inicio, esto para saber cómo nos encontramos después de haber realizado el trabajo, la contestación la puedes hacer contabilizando únicamente los números con las mismas respuestas si te es más fácil, o bien en el primer cuestionario colocar de diferente color las contestaciones nuevas.

Cuestionario en tabla:

0 - 5	Ansiedad mínima
6 -15	Ansiedad leve
16 - 30	Ansiedad moderada
31 - 63	Ansiedad severa

Primer puntaje	
----------------	--

Segundo puntaje	
-----------------	--

Cuestionario en texto

Nivel de depresión	Puntuación
No hay depresión	0 - 9
Depresión leve o moderada	10 - 18
Depresión moderada o grave	19 - 29
Depresión grave	30 - 63

Primer puntaje	
Segundo puntaje	

Es importante que si estas en alguna puntuación grave a pesar de haber terminado la guía, y no sientes mejoría, puedas acudir de manera personal con un profesional de la salud mental.

¡Tu salud mental no es un juego!

Capítulo V. Conclusión, alcances, limitaciones y sugerencias

5.1 Conclusiones

El objetivo de esta investigación es de carácter documental, esto no quiere decir que a base de una revisión de textos y otros materiales acerca de los cuidadores primarios, no se pueda poner en práctica o que no sea valiosa la aplicación de ciertas técnicas para el cuidado y bienestar de los cuidadores primarios, se espera que en un futuro no muy lejano esta herramienta propuesta pueda ser aplicada y se beneficie aquel que la aplique durante el proceso de convertirse en un cuidador primario.

En esta propuesta de investigación se busca desarrollar una herramienta funcional para los cuidadores primarios con pacientes geriátricos con cáncer en fase terminal, en la cual la información dentro de la guía sea sobre el nuevo rol que ahora va a tomar, que el cuidador primario le dé importancia a su salud mental y esté preparado para el día en el que su paciente tenga que partir.

Generalmente la persona que toma el papel de cuidador primario suele ser alguien de la familia, y que por afecto y voluntad propia decide hacerse cargo de su familiar, o bien porque no cuenta con los recursos económicos necesarios para contratar a una persona que ya ha tenido experiencia con estos pacientes en fase terminal, a su vez esto hace que la persona priorice más la salud de su familiar que su propia salud física y mental, lo que provoca que se descuide de sí misma y no poder darle al paciente enfermo lo que en esos momentos requiere.

Es importante que la persona que está a cargo del paciente en fase terminal, cuide no solo del paciente sino también de sí misma, que esté preparada para el proceso de duelo y que entienda que es normal que tenga diferentes sentimientos durante este proceso.

Como bien se sabe, el proceso de duelo no suele ser un proceso lineal, ni es cuestión de un tiempo determinado, es por ello que se busca que el cuidador primario tenga ayuda al alcance de sus manos, proporcionándoles información de su papel como cuidador primario, las etapas de duelo y el cómo la vida sigue después de la partida de su familiar.

A diferencia de un taller, esta guía no busca que exista un aplicador de taller que ayude con las actividades, sino por el contrario son actividades que la persona va a poder ir realizando a modo de autocuidado.

5.2 Sugerencias

Considerando la investigación documental, se establecen algunas recomendaciones para la aplicación de la guía:

Como sugerencia, se plantea aplicar la propuesta de la guía práctica a los cuidadores primarios de pacientes geriátricos con cáncer en fase terminal, siendo estos familiares del paciente, la propuesta está abierta para todo público, tanto personal del área de salud, así como para familiares, pero la recomendación es para uso de familiares que adoptan el papel de cuidador primario.

Se sugiere verificar la eficacia de la propuesta, por medio de un test – retest, aplicando antes y después de utilizar la guía, el Inventario de la depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Esta se llevará a cabo por medio de la contestación del cuestionario al iniciar la guía y al finalizarla, misma que realizará la persona que en su momento este contestando la guía (Ver anexo 1 y 2).

Se sugiere que el uso de la guía práctica sea usada por el cuidador primario de acuerdo a sus necesidades y a la etapa del duelo que esté pasando, la guía está diseñada para ser aplicable de forma flexible.

5.3 Alcances y limitaciones

Alcance:

Se espera que la guía práctica pueda ser usada en cuidadores primarios que necesiten una guía para esta nueva etapa que están por pasar, así como ser recomendada en lugares del sector salud para aquellos que no tienen el recurso para obtener otro tipo de ayuda, como es el caso de la contratación de personal de salud particular o que carecen de disponibilidad para buscar otro tipo de ayuda.

A su vez se espera que este trabajo de investigación tipo documental sea de funcionalidad para aquel que lo requiera, como universitarios, personal salud, cuidadores primarios y o personas en general que requieran la información.

De igual manera, una manera factible de acercar la guía a usuarios, sería por medio de una plataforma digital, la cual por la premura de la investigación tipo documental no fue posible realizarla, sin embargo considero que es una excelente opción, crear dicha plataforma en donde no solo encuentren la guía, sino también material adicional acerca del proceso de duelo, lecturas relacionadas con su proceso, y además de eso, que entre cuidadores primarios puedan tener

acercamiento, como comentarios, un espacio para platicar por medio de mensajes con personas que estén pasando por una situación similar a la que ellos estén pasando; el conocer a personas que estén pasando por la situación ayudará a los cuidadores primarios a no sentir que es un proceso solitario, sino que hay más personas que están en una situaciones parecidas.

Limitaciones:

La propuesta de este trabajo tipo documental da apertura a que todo público general tenga acceso al material para poder ser aplicado, es importante resaltar que no todo cuidador primario va a estar en disposición de aplicarse la guía práctica ya que la salud mental es un ámbito que aún se sigue trabajando y al cual no se la da la importancia que se merece, también el material aunque es de fácil digerir si es necesario que el cuidador primario tenga conocimiento básico como el leer y escribir o bien que tenga personas que le puedan acercar y facilitar el material.

La propuesta de este trabajo de investigación de tipo documental está abierta para el público en general, sin embargo, no todo el usuario va a poder obtenerla con facilidad ya que de esto va a depender la zona en la que viva, la facilidad y acceso que tenga a páginas de internet o en su caso de poder tener la guía práctica en físico o en un medio electrónico.

Referencias

- Abreu, J. L. (2012). Hipótesis, Método y Diseño de Investigación. *International Journal of Good Conscience*, 187-197. Recuperado de <http://www.spentamexico.org/v7-n2/7%282%29187-197.pdf>
- Aldaco Sarvide, F., & al., e. (2018). Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 28-34. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/019f/a377ff608eb5762b22a0ebafb99e0edeb469.pdf>
- Angulo Romero, H. M. (2018). *Guía de Geriatria*. Colombia: Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Medicina. Recuperado de <http://site.curn.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/83/1/GUIA%20GERIATRIA.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría . (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta edición (DSM-5)*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Astudillo, W., Pérez, M., Ispizua, Á., & Orbegozo, A. (2007). *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa*. España: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. Recuperado de <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/libroDuelo.pdf>
- Ávila Fematt, F. M. (2010). Definición y objetivos de la geriatría . *El residente* , 49-54. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102b.pdf>
- Barrón, B., & Alvarado, S. (2009). Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Instituto Nacional de Cancerología de México* , 39-46. Recuperado de <https://www.yumpu.com/es/document/read/14341271/desgaste-fisico-y-emocional-del-cuidador-primario-en-cancer>
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2007). *Psicología clínica* . Madrid: PEARSON EDUCACIÓN, S.A. .
- Calleja, N. (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México*. México: Universidad Autónoma de México, Facultad de Psicología. Recuperado de <https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>
- Cedillo Torres, A. G., Grijalva, M. G., Santaella Hidalgo, G. B., Cuevas Abad, M., & González Pedraza-Avilés, A. (2015). Asociación entre la ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados . *Revista Médica del Instituto Mexicano del*

Seguro Social, 362-367. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457744937018.pdf>

Cruzado Rodríguez, J. A. (2013). *Manual de psicooncología, Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid: Ediciones pirámide.

De los Ríos, A. (2008). *Cómo hacer frente a la pérdida de un ser querido*. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer. Recuperado de https://www.redescuelassalud.es/vidaSaludable/cuidados/docs/como_hacer_frente_perdida_ser_querido_AECC.pdf

Espina Eizaguirre, A. (2009). El Enfermo Terminal Asistencia a la familia y el proceso del Duelo. *Cuadernos de terapia familiar*, 53-64. Recuperado de http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/26-Enfermo%20terminal,%20asistencia%20familia.pdf

Gómez, L. (2011). Un espacio para la investigación documental. *Revista Vanguardia Psicológica*, 226-233. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815129>

González Castro, U., & Reyes Luna, A. G. (2012). Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico-degenerativo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 636-661. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122o.pdf>

Guerri, M. (2017). *PsicoActiva*. Obtenido de PsicoActiva.com: [psicoactiva.com/biografias/aaron-beck/](https://www.psicoactiva.com/biografias/aaron-beck/). Recuperado de <https://www.psicoactiva.com/biografias/aaron-beck/>

Hernández, E., Reyes-Silva, A., Villegas García, V., & Pérez-Camacho, J. (2017). Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. *Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 213-220. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173h.pdf>

Iniestra Barron, B. E., Martínez Estévez, M. d., Becerra Gálvez, A. I., & Gómez Zarco, A. (2018). Estrés en cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos: un estudio descriptivo. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 69-76. Recuperado de <file:///C:/Users/Hola/Downloads/67379-199373-1-PB.pdf>

- Jaramillo Lopez, M., Portocarreo Betancourt, A., & Polisgua Fernández, J. (2019). Nivel de estrés como consecuencia en el cuidador de los pacientes con enfermedades terminales . *AMMENTU*, 33-42. Recuperado de <https://www.centrostudisea.it/ammentu/article/view/345/362>
- Kübler - Ross, E. (1972). *Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico*. DEBOLSILLO.
- Kübler Ross, E., & Kessler, D. (2017). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Martínez Ruiz, E. d., Díaz Vega, F., & Gómez Blanco, E. I. (2010). Sobrecarga del cuidador primario que asiste a un familiar con cáncer . 32-41. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/hevila/Altepepaktli/2010/vol6/no11/4.pdf>
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M. d., & Quintero, M. F. (2009). Salud Mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el caribe*, 83-112. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>
- Millán Calenti, J. C. (2006). *Principios de geriatría y gerontología*. Madrid : McGraw-Hill. Recuperado de <https://docer.com.ar/doc/n0nve1>
- Montejo, G. (1992). El enfermo con cáncer incurable y la medicina paliativa en México. . *Salud Pública de México* , 569-574. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/106/10634513.pdf>
- Montero, X., Jurado, S., & Méndez, J. (2014). Carga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicología y salud*, 45-53. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/719/1267>
- Morales, O. A. (2003). *Fundamentos de la investigación documental y la monografía*. Obtenido de <http://www.webdelprofesor.ula.ve/odontologia/oscarula/publicaciones/articulo18.pdf>
- Navarro-Sandoval, C., Uriostegui-Espíritu, L., Delgado-Quiñones, E., & Sahagún-Cuevas, M. (2017). Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social* , 25-31. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297013/457749297013.pdf>

- Ostiguín Meléndez, R. M., & Rivas Herrera, J. C. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería Universitaria*, 49-54. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741838007.pdf>
- Reyes Zubiría, L. A. (1996). *Acercamientos Tabatológicos al enfermo terminal y a su familia*. Mexico: Curso Fundamental de Tanatología. Tomo 3.
- Rodríguez, A., & Pérez, A. O. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista EAN*, 179-200. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/ean/n82/0120-8160-ean-82-00179.pdf>
- Ruiz Fernández, M. Á., Díaz García, M. I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. España: Desclee de Brouwer. Recuperado de <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitivo-conductuales.pdf>
- Tinto Arandes, J. A. (2013). El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país origen. *Provincia*, 135-173. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/555/55530465007.pdf>
- Vergara Quintero, M. d. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud - enfermedad. . *Hacia la Promoción de la Salud*, 41-50. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>

Anexos

Anexo 1. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

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

Anexo 2. Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

-
- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
 - 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 - 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:
