



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN LÍNEA PARA EL TRATAMIENTO DE LA
DEPRESIÓN EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
LIC. EN PSIC. JOSÉ DAVID RAMÍREZ CRUZ

TUTORA PRINCIPAL
DRA. ROCIO TRON ÁLVAREZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. LAURA PALOMINO GARIBAY
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DR. ISAÍAS VICENTE LUGO GONZÁLEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. MARÍA ROSA AVILA COSTA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, OCTUBRE
2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Cualquier logro obtenido es producto del colectivo, sin apoyo emocional, económico y sin una guía académica, no sería capaz de materializar este proyecto. Les agradezco a las siguientes personas:

Familia nuclear (papi, mami, Adrián, Luis y Mariana): por siempre apoyarme, por todo el amor y las enseñanzas.

Yuli: me viste angustiado, dudando, años después ha venido la calma y el disfrute.

A la tutora de este proyecto (Dra. Rocio Tron): por la guía académica y por mantener siempre la parte humana.

Profesores de la maestría: porque realmente aprendí de ustedes, gracias por el esfuerzo hecho para continuar enseñando en tiempos difíciles. Un especial agradecimiento para quienes conforman al equipo de supervisión del Hospital Juárez, por hacer un trabajo incansable y por permitirme formar parte durante estos dos años, ha sido un honor.

Compañeros de la maestría, a quienes a pesar de la distancia logre sentir cerca, mi admiración y respeto.

Docentes de la Universidad de Costa Rica (Dr. Ronald Ramírez y Dra. Ana María Jurado): sin su esfuerzo, pasión y sacrificio, mi formación hubiera sido muy distinta. Ustedes sentaron las bases, gracias por el apoyo y confianza transmitida.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	6
PARTE 1. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	8
1. ANTECEDENTES DE LA MEDICINA CONDUCTUAL (MC)	8
<i>1.1. Definición de Medicina Conductual</i>	<i>12</i>
<i>1.2. Historia de la Medicina Conductual en México</i>	<i>15</i>
2. LA COVID-19 EN MÉXICO Y EL INGRESO A LA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL	18
<i>2.1. Residencia en Medicina Conductual FES Iztacala en el contexto de pandemia ...</i>	<i>21</i>
<i>2.2. Implementación de la estrategia de Atención Psicológica de Primera Orientación y Ayuda (APPOYA) dentro del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE)</i>	<i>22</i>
<i>2.3. Reporte de actividades en la estrategia APPOYA (2021-2022)</i>	<i>25</i>
3. COMPETENCIAS ADQUIRIDAS	39
<i>3.1. Competencias profesionales alcanzadas.....</i>	<i>39</i>
3.1.1. Actividades de APPOYA	40
3.1.2. Supervisión APPOYA.....	41
3.1.3. Actividades académicas.....	42
3.1.4. Elaboración del protocolo.....	43
<i>3.2. Competencias adquiridas en el ámbito personal.....</i>	<i>44</i>
<i>3.3. Competencias adquiridas a partir del perfil de egreso.....</i>	<i>44</i>
4. EVALUACIÓN FINAL	49

4.1. <i>Actividades de APPOYA</i>	49
4.2. <i>Supervisión APPOYA</i>	50
4.3. <i>Actividades académicas</i>	52
4.4. <i>Elaboración del protocolo</i>	53
5. CONCLUSIONES FINALES	55
PARTE 2. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	58
6. LOS CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES	58
6.1. <i>La sobrecarga en cuidadores primarios informales</i>	60
6.2. <i>La depresión en cuidadores primarios informales</i>	62
6.3. <i>Modelo de proceso del estrés y depresión</i>	64
6.4. <i>Modelo cognitivo de Beck y la depresión</i>	70
6.5. <i>Las intervenciones psicológicas a través de dispositivos tecnológicos</i>	72
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	75
7.1. <i>Objetivo General</i>	75
7.2. <i>Objetivos específicos</i>	76
8. JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	76
9. MÉTODO	80
9.1. <i>Tipo de estudio</i>	80
9.2. <i>Diseño: Pre-test y post-test con un solo grupo</i>	80
9.3. <i>Muestreo</i>	80
9.4. <i>Participantes</i>	80
9.5. <i>Criterios de inclusión</i>	82
9.6. <i>Criterios de exclusión</i>	82

9.7. Definición de variables	83
9.7.1. Variable independiente:.....	83
9.7.1.1. Psicoeducación.....	83
9.7.1.2. Planificación de actividades.....	84
9.7.1.3. Terapia cognitiva	86
9.7.1.4. Solución de problemas (SP).....	88
9.7.2. Variable dependiente	90
9.7.2.1. Depresión mayor.....	90
9.7.2.2. Sobrecarga del cuidador.....	90
10. INSTRUMENTOS	91
10.1. Encuesta de salud del Cuidador Primario Informal (ES-CPI).....	91
10.2. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Z).....	92
10.3. Segunda versión del Inventario de depresión de Beck (BDI-II)	92
10.4. Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4).....	93
11. PROCEDIMIENTO GENERAL.....	93
12. RESULTADOS.....	97
12.1. Análisis descriptivo de variables sociodemográficas de los CPI	98
12.2. Datos de las mediciones del BDI-II, Zarit y CRES-4.....	101
13. DISCUSIÓN	107
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
15. ANEXOS	143
Anexo 1.....	143

Introducción

La Residencia en Medicina Conductual con sede en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala experimentó cambios significativos a partir del año 2020 con la aparición de la pandemia por COVID-19, entre estos, que sus estudiantes no se insertaran en las instituciones hospitalarias del área metropolitana de la CDMX, o tener que trasladar el 100% de las actividades de educación a la modalidad a distancia. El presente documento se elaboró durante este momento en específico, a lo largo de cuatro semestres.

Actualmente, se ha ido retornado de forma gradual a las labores presenciales, no obstante, la generación 2021-1 afrontó un escenario sin antecedentes, caracterizado por la novedad, desafíos e incertidumbre, en el cual tutores, docentes y estudiantes asumieron el reto de continuar aprendiendo, investigando e interviniendo en una población que cada vez más requería de los servicios profesionales.

En las siguientes páginas se desarrolla el producto final de esta labor, la cual se divide en dos apartados generales. La primera parte, lleva el nombre de Reporte de experiencia profesional, e incluye la definición y un recorrido histórico de la Medicina Conductual, posteriormente una descripción detallada de las actividades diarias dentro de la residencia, las cuales se trasladaron del contexto del hospital a las intervenciones psicológicas en línea, tras la creación del proyecto de Atención Psicológica de Primera Orientación y Ayuda (APPOYA).

La segunda parte presenta un protocolo de investigación, pionero en el contexto latinoamericano, dirigido al tratamiento de la depresión y de la sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas. La intervención se basa en la terapia cognitivo conductual y en teorías cognitivas del estrés. Se desarrolló tanto en la modalidad sincrónica, como asincrónica, durante siete semanas consecutivas. Los resultados evidencian datos alentadores en una población históricamente olvidada dentro de los servicios de salud.

Parte 1.

Reporte de experiencia profesional

La primera parte del documento incluye la definición de la Medicina Conductual y sus antecedentes históricos, siendo datos de interés para el profesional en psicología que se inserta en este campo. Posteriormente, se plasma la labor realizada dentro de la Residencia en Medicina Conductual, tanto los cambios a partir de la pandemia por COVID-19, como los datos de productividad obtenidos tras la participación en APPOYA. Por último, se realiza un análisis de las competencias y aprendizajes adquiridos durante los cuatro semestres que conforman a la maestría, identificando fortalezas y recomendaciones.

1. Antecedentes de la Medicina Conductual (MC)

Los acelerados cambios culturales, sociales, políticos, económicos y tecnológicos han modificado los estilos de vida de las personas. En el campo de la salud estos cambios se relacionan con el fenómeno de transición epidemiológica, introducido por Omran durante los años setentas del siglo pasado (Darío, 2001). Gracias a los avances de las ciencias biomédicas, la mortalidad general e infantil disminuyó, en conjunto con un incremento en la expectativa de vida. Para ejemplificar, en el caso de México, la mortalidad pasó de 13.5/1,000 habitantes en 1955, a 5.05/1,000 habitantes en 2009. Con respecto a la esperanza de vida, en 1930, para las mujeres era de 35 años y los hombres de 33; mientras que para 2010 de 78 y 73 años, respectivamente (Kuri-Morales, 2011).

Logros como la disminución de la mortalidad y el aumento en la esperanza de vida se han presentado de forma simultánea con nuevos retos para el campo de la salud, siendo uno

de los principales las enfermedades crónico-degenerativas. Para 1950, las principales causas de muerte en México se relacionaban con enfermedades diarreicas, neumonías, paludismo, entre otras, muchas de ellas atribuidas a una etiología específica (Kuri-Morales, 2011). Mientras que, en el 2019, aparecen entre las tres principales las enfermedades del corazón, diabetes y tumores malignos, todas de origen multicausal (Lozano & Ríos, 2021). El perfil anterior, en el cual las enfermedades infecciosas cedieron paso a las de tipo crónico degenerativas se fue presentando en distintos países del orbe, siendo un fenómeno directamente asociado con los estilos de vida.

En este contexto, el modelo biomédico basado en la relación causal entre patógeno y huésped resultó insuficiente para actuar sobre enfermedades de carácter multicausal (Brannon et al., 2013). Desde la perspectiva de Kuhn (1962) en el avance de la ciencia, una vez que un paradigma resulta insuficiente para explicar la realidad, surgen nuevas teorías con el fin de establecerse como el modelo predominante. De igual forma, en el campo de la salud fueron apareciendo nuevas propuestas, hasta dar con el modelo biopsicosocial de la salud.

Previo a la aparición del modelo biopsicosocial de la salud, aproximadamente dos décadas antes, Leavell y Clark (1958) propusieron el modelo de historia natural de la enfermedad y los niveles de prevención. Por primera vez en el campo de la medicina se consideró que la enfermedad se producía por un desequilibrio entre distintos factores, entre ellos el agente (microorganismos, alimentos y sustancias químicas), el huésped (genética, raza, edad, sexo y comportamiento) y el medio ambiente (entorno geográfico y social).

Otro antecedente a considerar para comprender la transición del modelo biomédico hacia el biopsicosocial, se presentó a partir de la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tras la segunda guerra mundial. La OMS (1948) define la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). Ante esta definición de salud el modelo biomédico resultó incompleto, al enfocarse principalmente en la ausencia de enfermedad y en menor grado en el bienestar físico, mental y social.

En este recorrido por los antecedentes de la MC, resta por el momento referirse al campo de la medicina psicosomática y desarrollar los planteamientos básicos del modelo biopsicosocial. El campo de la medicina psicosomática data de hace aproximadamente dos mil años, su principal aporte fue haber introducido variables de carácter psicológico dentro de la etiología y desarrollo de la enfermedad. Entre sus principales exponentes se encuentran Sócrates e Hipócrates en la antigua Grecia; Sigmund Freud a finales del siglo XIX y Walter Canon con el estudio de las emociones y cambios fisiológicos subyacentes a mediados del siglo XX (Reynoso, 2014). Años después, este campo fue relegado debido a su poca rigurosidad científica, que le impidió ser aceptada de lleno dentro de la medicina.

Por último y en estrecha relación con la MC se encuentra el modelo biopsicosocial de la salud. En este, los factores biológicos (genética, sexo), psicológicos (personalidad, autoestima) y sociales (cultura, redes de apoyo) conforman dimensiones que se encuentran interrelacionadas e influyen en el proceso de enfermedad-salud (Reynoso & Becerra, 2021). Este modelo, además, incluye tanto a la enfermedad, como a los malestares del paciente. Un

individuo puede no tener enfermedad, pero sí expresar malestar; por otro lado, puede no percibir malestar, pero sí encontrarse enfermo.

La importancia de los cuatro antecedentes de la MC expuestos hasta el momento radica en que otras variables más allá de las biológicas, tales como las psicológicas, sociales, las emociones o el comportamiento, se comienzan a considerar determinantes de la salud. El estudio del campo de la salud incluye a otras profesiones tales como la sociología, psicología, antropología, economía, etc. (Dekker et al., 2021).

Los eventos históricos presentados establecieron la coyuntura para la aparición de la MC. La primera conferencia en torno a la MC fue llevada a cabo en la Universidad de Yale, en 1977, tan sólo un año después se establecería la división 38 de la Asociación Psicológica Americana (APA), momento considerado como el origen de la psicología de la salud. Si bien la MC y la psicología de la salud tienen puntos en común, debe considerarse como principal diferencia el carácter interdisciplinario de la primera, mientras que la segunda constituye una especialidad dentro del campo de la psicología (Brannon et al., 2013).

Para 1979 se creó la primera organización profesional, llamada Society of Behavioral Medicine. Un año después, la International Society of Behavioral Medicine, con veinticinco sociedades afiliadas, de países como: Australia, Brasil, Chile, China, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Hungría, Italia, Japón, Noruega, Sudáfrica, España, México, Tailandia, entre otros. Desde su aparición, la influencia de la MC ha ido en notable incremento. Gellman y Turner (2013) presentan algunos indicadores que lo reflejan, por ejemplo, al buscar en la base de datos de bibliografía médica, Medline, aparecen cerca de 27,000 referencias a la MC.

Otro aspecto señalado, es el entrenamiento en MC brindado en numerosas universidades alrededor del mundo. Tópicos relacionados con el comportamiento y variables socioeconómicas han sido incluidos en el currículo educativo por parte de entes reguladores de la formación médica, como la Liaison Committee on Medical Education (LMCE) de Estados Unidos y Canadá.

Una vez introducido de forma breve el contexto histórico, se puede dar paso a la definición conceptual de la MC.

1.1. Definición de Medicina Conductual

Hace más de cuatro décadas, en la conferencia de Yale en 1977, la MC se definió como:

El campo que se ocupa del desarrollo de las ciencias del comportamiento de la conducta para la comprensión de la salud física y la enfermedad y la aplicación de estos conocimientos y técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. La psicosis, la neurosis y el abuso de sustancias se incluyen sólo en la medida en que contribuyen a los trastornos físicos. (Schwartz & Weiss, 1978, p.249)

Para autores como Jiménez y Mills (2012) la principal distinción con otros campos, radica en que más allá de estudiar los mecanismos de la enfermedad, la MC se centra en adaptar este conocimiento a intervenciones que puedan ser desarrolladas en distintos contextos.

A partir de la definición presentada, se identifican dos objetivos particulares. El primero, corresponde al desarrollo e integración del conocimiento sociocultural, psicosocial, conductual y biomédico, para comprender a la salud y la enfermedad, esta rama se puede resumir en la investigación. Un ejemplo, es el incremento en la literatura científica que muestra el impacto de los factores psicosociales, como el estrés, en el continuo salud-enfermedad (Nater et al., 2006).

El segundo, se refiere a la aplicación de los conocimientos al campo de la prevención, promoción de la salud, etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Gellman & Turner, 2013). Spiegler y Guevremont (2010) señalan que, al lidiar con enfermedades médicas la terapia de conducta cumple cuatro funciones:

- Tratamiento de condiciones médicas: la MC aporta intervenciones efectivas para el manejo de enfermedades, como ocurre con el entrenamiento en relajación en pacientes con hipertensión.
- Adherencia al proceso médico: la MC dispone de un conjunto de técnicas eficaces para aumentar la adherencia a procesos médicos, como el caso de las técnicas operantes.
- Afrontamiento de los tratamientos y padecimientos: la MC dispone de técnicas eficaces que le permiten al paciente afrontar de mejor manera el proceso de tratamiento, un ejemplo, es la terapia de exposición en casos de fobia a inyecciones.

- Prevención de desórdenes médicos: aunque casi siempre los pacientes identifican la importancia de hábitos saludables, existe una brecha con respecto a la puesta en práctica. La MC proporciona técnicas, como puede ocurrir al entrenar en asertividad a un paciente para que ejerza prácticas sexuales seguras.

En sus orígenes la MC se vio influenciada de manera importante por el análisis conductual aplicado y por la teoría del aprendizaje social de Bandura (Greenwald et al., 2015). En la actualidad, tal y como la MC ha crecido como campo, también se ha diversificado la gama de técnicas de intervención. Un aspecto importante en la selección de técnicas ha sido el movimiento de la Psicología Basada en la Evidencia (PBE), el cual a partir de la década de los noventa surgió con el propósito de maximizar la implementación de intervenciones efectivas; dentro de este movimiento, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) encabeza la lista de tratamientos psicológicos (Barlow, 2014).

Para cumplir con los retos planteados en el campo de la MC, el o la profesional cuenta con el conjunto de técnicas basadas en la evidencia, tales como: las basadas en psicoeducación, manejo de contingencias, autocontrol, técnicas de exposición, biofeedback, reestructuración cognitiva (Spiegler & Guevremont, 2010). Deben incluirse también, intervenciones recientes, provenientes de la llamada tercera generación de la TCC, como la Terapia de Aceptación y Compromiso o la Terapia Dialéctico Conductual, que han empezado a ser extrapoladas más allá del espacio clínico (Hayes, 2019; Robinson et al., 2010).

Tras haber presentado una breve historia de la MC y de su definición, en el siguiente apartado se introduce a la MC en el contexto mexicano. Tarea necesaria, al ser México uno de los pioneros y máximos exponentes de la disciplina en Latinoamérica.

1.2. Historia de la Medicina Conductual en México

La MC en México no existiría sin la labor pionera realizada por analistas de la conducta. Nombres como los de Emilio Ribes, Víctor Alcaraz, Antonio Gago, Florente López, Serafín Mercado, Luis Duarte, Lauro Bonilla, destacaron desde su etapa como estudiantes cuando conformaron el grupo denominado Galileo Galilei, con el fin de convertir a la psicología en una disciplina científica (Ribes, 2015). Años después, fueron ellos los primeros profesionales en formarse y en aplicar el Análisis de la Conducta (AC) en suelo mexicano, específicamente en la Universidad Veracruzana en la época de los sesentas. En la actualidad, el llamado proyecto Xalapa, del Departamento de Psicología de la Universidad Veracruzana, puede considerarse como la cuna del análisis de la conducta en este país (Martínez, 2006).

El interés por atender problemáticas presentes en la sociedad hizo que desde ese momento se llevaran a cabo intervenciones en distintos campos como la educación especial, hospitales psiquiátricos, reclusorios. Para hacer mención a un caso específico, en 1967 se fundaría el primer centro de Análisis de la Conducta Aplicada (ACA), llamado Centro de Entrenamiento, Educación Especial y Rehabilitación (CEER), por parte de integrantes del Grupo Xalapa, tras la visita de Sidney Bijou (Ribes, 2015).

Para la década de los setentas, se daría el ocaso del esplendor de Xalapa. Situación que dio paso a que un gran número de analistas de la conducta migraran hacia la Facultad de Psicología de la UNAM, y unos años después al proyecto Iztacala (Martínez, 2006). Durante los ochentas, profesionales como Xóchitl Gallegos y Víctor Alcaraz introdujeron el uso del biofeedback para el tratamiento de migrañas, parálisis faciales, arritmias cardíacas. Mientras, en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Luis Flores Alarcón comenzó a aplicar el condicionamiento instrumental en el control de respuestas autónomas (Rodríguez, 2010).

De la mano del aumento en las aplicaciones en diversos campos, el modelo conductual también se introdujo en ámbitos académicos, desde congresos, hasta la formación de especialistas. En 1975 se llevaría a cabo en la Ciudad de México el Tercer Congreso Latinoamericano de AC, en el que incluso se contó con la presencia de B.F. Skinner. Seis años después (1981), el Primer Simposio Internacional sobre MC, contando con la presencia de figuras reconocidas como Seligson, Reed, Stumphauzer, Pomerleau (Reynoso, 2014). Para comienzos del nuevo siglo, en el 2002, se fundó la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual y se continuaron llevando a cabo coloquios en los años 2005, 2006 y 2009 (Rodríguez, 2010).

Como antecedentes académicos, cabe resaltar la creación en 1978 del posgrado en Modificación de la Conducta en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en donde se daría énfasis a la solución de problemáticas como el estrés, la retroalimentación biológica y las enfermedades crónicas. Dos décadas después, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, se creó la Residencia en Medicina Conductual, la cual se mantiene vigente hasta la actualidad (Reynoso, 2014).

Sumado a lo expuesto hasta el momento, también deben incluirse los cambios epidemiológicos observados en la población mexicana, donde las enfermedades crónico-degenerativas encabezan las estadísticas en cuanto a datos de mortalidad (Secretaría de Salud Pública, 2018). Es dentro de esta coyuntura, donde los primeros analistas de la conducta identifican el papel que juega el comportamiento a la hora de dar solución a estas problemáticas. Como bien señala Rodríguez (2010), la historia de la MC en México se comprende a partir de tres puntos: el perfil epidemiológico, el factor tecnológico y la perspectiva teórica-metodológica del ACA.

La interrelación entre los tres puntos señalados ha generado un perfil de la MC en México. En una encuesta realizada a cincuenta profesionales insertos en el campo, se identificaron cinco líneas principales de investigación, en su mayoría de tipo aplicado, que incluyen áreas generales y específicas (desarrollo de modelos de intervención, epidemiología conductual, educación para la salud, envejecimiento normal y patológico, entre otros), estudios sobre comportamientos específicos (adherencia terapéutica, conducta agresiva), enfermedades y trastornos (diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA), problemas relacionados con el estado fisiológico (estrés, dolor crónico, ira, hostilidad), modelos de intervención (retroalimentación biológica y analgesia hipnótica) (Rodríguez, 2004).

Si bien se han hecho notables esfuerzos desde el campo de la MC, autores como Gutiérrez (2013) reconocen algunas barreras existentes. Entre ellas, destaca la escasez en la conformación de grupos multidisciplinarios, el énfasis principal en la rehabilitación dentro de las políticas públicas, y el reto de extenderse más allá de espacios académicos-

universitarios. Son estos algunos de los desafíos que debemos asumir los y las profesionales inmersos en el campo, con el fin último de promover la calidad de vida en el mayor número posible de ciudadanos.

Una vez desarrollados aspectos del campo de la MC, desde sus antecedentes, definición e historia en el contexto mexicano, en el siguiente apartado se presenta el contexto de la pandemia por la COVID-19 dentro del cual las labores de la Residencia en Medicina Conductual han tenido que modificarse.

2. La COVID-19 en México y el ingreso a la residencia en Medicina Conductual

El 27 de febrero de 2020 se detectó el primer caso por COVID-19 en México. A partir de ese momento el progreso del virus impactó diversos ámbitos como el de la salud, el económico y la educación, situación que ubicó a México como uno de los países más afectados de la región (Ibarra et al., 2020).

Tras la confirmación del primer caso, el 24 de marzo del 2020, se emitió la Jornada Nacional de Sana Distancia, entre otras medidas tomadas se incluyen las siguientes: 1. Evitar la presencia de las personas en centros de trabajo, espacios públicos y lugares concurridos, 2. La suspensión de actividades escolares en cualquiera de sus niveles, 3. La suspensión de actividades públicas, tanto sociales como privadas, cuyo funcionamiento fuera a través de la concentración física o del tránsito y desplazamiento de las personas (excepto: algunas consideradas como esenciales, por ejemplo, las relativas a las del sector salud y otras actividades económicas indispensables para el funcionamiento de la sociedad), y 4. La

suspensión de eventos masivos o reuniones y congregaciones de más de 100 personas (Diario Oficial de la Federación, 2020).

Con el paso del tiempo las medidas implementadas no resultaron suficientes para detener la propagación del virus. Tras poco más de dos años de iniciada la pandemia, las muertes por COVID-19 se estimaron en 324,463 (John Hopkins, 2022). Para comprender mejor las cifras, es necesario considerar algunas variables particulares del contexto mexicano.

Investigadores dentro del campo de la salud como Azanza y Hernández (2020) han identificado variables relacionadas con el impacto negativo del virus. Una de estas, el alto número de habitantes, que ubica a México en la décima posición entre los países más poblados del mundo (con 127 millones de habitantes). Entre las de carácter económico, un 56,2% de la población se dedica al sector informal, situación que dificulta la implementación de medidas estrictas de confinamiento y aumentó la presión por reabrir la economía anticipadamente (Hernández, 2021). Al considerar al sistema de salud, su estructura es limitada e insuficiente para atender al grueso de la población. Caracterizada esta última, por una alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas (un 30% del total de la población es obesa, mientras que un 10% padece de diabetes) (Azanza & Hernández, 2020). Otro aspecto a considerar, es la desatención que figuras políticas han hecho de las recomendaciones del sector salud, situación que merma en el posible impacto crucial que puedan tener estas figuras como modelos para la promoción de comportamientos saludables.

Producto de la heterogeneidad que caracteriza a las distintas zonas del país, el progreso de la enfermedad varió. De interés para la comprensión de las medidas adoptadas dentro de la Residencia en Medicina Conductual, son los datos pertenecientes a la Ciudad de México y el Estado de México, en donde, para mayo del 2020, un 55.7% del total de las defunciones se distribuían entre ambas entidades federativas (Hernández, 2020); conocidas también por concentrar a un alto porcentaje de la población. Datos presentados por Hernández (2021) señalan que en las regiones urbanas se presenta un mayor número de contagios y muertes, mientras que en las rurales el virus resulta más letal.

Como se mencionó anteriormente, las consecuencias de la pandemia van más allá del campo de la salud, de especial interés en este documento resulta también el de la educación. En México el retorno a las actividades se definió a partir del semáforo epidemiológico, en el color rojo únicamente aquellas actividades económicas y laborales consideradas esenciales fueron permitidas, quedando por fuera la educación (Ordoñez, 2021). La medida implementada por el gobierno fue la de emigrar de una modalidad presencial, a una en línea, a través del uso de dispositivos tecnológicos (desde primaria hasta la educación superior) y esperar que el semáforo epidemiológico se encontrara en verde para retornar a la labor presencial. Fue dentro de este contexto que se dio el ingreso al semestre 2021-I.

Como centro de educación superior, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) realizó ajustes para adaptarse a la jornada nacional de sana distancia, siendo una de sus prioridades esenciales salvaguardar la salud y seguridad de su comunidad y de la sociedad en general, sin menoscabar la calidad de la educación. Para lograr este cometido se implementaron distintas medidas, una de las primeras fue brindar una intensa capacitación

en el uso y manejo de TIC para los docentes, abrir un campus virtual conformado por 28,300 docentes y más de 156,000 alumnos, brindar programas de becas de conectividad y préstamos de cómputo o tabletas (Universidad Nacional Autónoma de México, 2021). La residencia en Medicina Conductual de la FES Iztacala fue parte de estos cambios.

2.1. Residencia en Medicina Conductual FES Iztacala en el contexto de pandemia

Para la generación ingresada al semestre 2021-1 muchos aspectos cambiaron a partir de la modalidad no-presencial asumida en el contexto de la pandemia. Desde el comienzo de las clases, el 22 de septiembre del 2020, el 100% de las actividades se han realizado en la modalidad en línea. Desde los primeros meses, hasta mediados de enero del 2021, se llevó a cabo la etapa de inducción a la residencia, conformada por una amplia variedad de talleres.

Bajo condiciones normales, sin la pandemia por COVID-19, la segunda etapa de trabajo en la sede hospitalaria se desarrollaba a partir del primer lunes de enero, hasta junio del siguiente año. No obstante, por evidentes razones de resguardo a la salud de cada una de las partes envueltas (estudiantes, profesores, pacientes y otros profesionales de la salud), se ha visto suspendido el ingreso a las sedes, sin conocer a ciencia cierta una fecha para hacerlo, condición que ha modificado la naturaleza de las labores. Uno de los principales cambios ha sido el énfasis al desarrollo de los protocolos de investigación, pensados mayoritariamente en la modalidad de talleres en línea para la atención de diversas problemáticas exacerbadas durante la pandemia por COVID-19, como el estrés, duelo, ansiedad, entre otros.

Después de aproximadamente tres meses sin que el estudiantado se integrara a la práctica profesional (enero a marzo del 2021), el cuerpo docente a cargo de la supervisión

académica del Hospital Juárez anunció una iniciativa que posibilitó realizar horas de práctica asistencial. El proyecto se realiza en conjunto con el Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE), para la puesta en práctica de un programa de intervenciones breves, en favor de la salud mental de la población universitaria. En el siguiente apartado se desarrolla con mayor detalle la estrategia.

2.2. Implementación de la estrategia de Atención Psicológica de Primera Orientación y Ayuda (APPOYA) dentro del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE)

En octubre del 2013 se logró concretar la iniciativa de la Dra. Patricia D. Dávila Aranda, directora de la FES Iztacala, al comenzar de manera oficial el funcionamiento de CAOPE. Los orígenes de CAOPE se encuentran en la necesidad de atención a la comunidad estudiantil de la FES Iztacala UNAM. Uno de los principales retos para los centros de estudios superiores gira en torno a la eficiencia terminal, según datos presentados, cerca de la mitad de los y las estudiantes de primer ingreso no concluyen sus estudios (Dávila, 2019). Desde la óptica psicológica, está claro que la presencia de distintas variables influye, como son las afectaciones en la salud física y psicológica.

Frente a este escenario, con la visión de que la salud integral es un derecho fundamental, CAOPE se creó con el fin de brindar servicios de orientación y apoyo para la reducción de riesgos a la salud, la promoción del bienestar emocional y desarrollo académico (Muñiz & Vaquera, 2019). Con la apertura de las distintas alternativas de atención que la conforman, para el año 2019, un número de 29,563 alumnos habían sido atendidos (Dávila, 2019), datos que evidencian la necesidad de recibir servicios psicológicos por parte de la

población estudiantil. Cabe mencionar, que los datos reportados no incluyen a los dos años de pandemia por COVID-19. Si se consideran los reportes epidemiológicos recientes acerca del impacto negativo de la pandemia en la salud mental de la población (véase Galindo, 2021) puede predecirse un aumento considerable en la necesidad de recibir atención psicológica.

Los servicios brindados por CAOPE se pueden clasificar en seis distintas áreas, abordadas desde distintas tradiciones psicológicas como el psicoanálisis, humanismo, cognitivo conductual y sistémico. A continuación, se presenta un resumen de las estrategias:

- Sexualidad (Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, Orientación en la Diversidad Sexual).
- Desarrollo académico (Apoyo Académico, Competencias para el Estudio, Promoción del Desarrollo Personal y Profesional, Orientación Escolar, Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia, Asesoría y Orientación Psicopedagógica).
- Crisis y atención al suicidio (Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio).
- Consumo de sustancias (Prevención y Atención al Consumo de Sustancias).
- Clínica y de la salud (Alimentación e Imagen Corporal, Psicoterapia Breve Psicoanalítica, Tanatología Existencial Humanista, Atención Psicológica con Enfoque Cognitivo Conductual, Acompañamiento Psicológico, Promoción de la Salud Mental y Vida Saludable, Atención Psicológica de Primera Orientación y Ayuda).

- Enfoque de género (Círculos de Aprendizaje Interpersonal CAI para mujeres y mixto).

Para el 2021, en medio de la contingencia sanitaria ocasionada por la pandemia por COVID-19, se fundó la estrategia APPOYA. Su apertura se dio en el mes de mayo, mediante la modalidad de atención psicológica en línea, con el objetivo de brindar atención de primer contacto, caracterizada por ser breve, puntual y eficaz. Para cumplir con el objetivo anterior, la atención se desarrolla en un marco de tiempo que va de una a seis sesiones, con frecuencia de una vez por semana. Con el fin de garantizar la eficacia de las intervenciones, los y las terapeutas se adhieren al modelo cognitivo conductual. En la actualidad, las distintas terapias que conforman este modelo encabezan las listas de tratamientos basados en la evidencia a nivel mundial (Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2019).

Una característica única de APPOYA, es la de haber sido originada desde un posgrado. Todas las figuras involucradas en el proceso de atención forman parte de la Residencia en Medicina Conductual, y específicamente, se encuentran adscritos al Hospital Juárez de México.

Como parte de la transición a la estrategia APPOYA, los y las integrantes recibieron capacitación durante el lapso de un mes. Debe tomarse en cuenta que, durante el primer semestre del programa de la residencia, los y las estudiantes son entrenados para ingresar al contexto hospitalario, y para intervenir principalmente en el campo de las enfermedades crónicas. Por su parte, la estrategia APPOYA se amplió a nuevos contextos (escolar/laboral), población (con ausencia de enfermedad crónica), modalidad (en línea), y problemáticas

(riesgo de suicidio, duelo, y otros trastornos psicológicos tales como los trastornos de la personalidad, trastornos de la alimentación, trastorno de depresión mayor, etc.).

Ante un escenario novedoso como el descrito anteriormente, se presentaron numerosos desafíos y se requirió de adaptaciones dentro del programa de residencia. Como parte del proceso de entrenamiento las capacitaciones brindadas se ampliaron a contextos no hospitalarios, como el académico o el familiar. Simultáneamente, se incluyó la revisión de información en torno a temáticas como la entrevista, diagnóstico, formulación de casos y técnicas de intervención.

Tras la puesta en marcha de la estrategia, el modelo de supervisión consistió en la revisión de notas clínicas por parte del cuerpo docente, en conjunto con reuniones semanales para la presentación de casos. Durante las reuniones, cada uno de los profesionales se involucró activamente con el fin de mejorar la calidad de la atención brindada en el servicio.

A continuación, se presenta información estadística que permite describir la labor ejecutada por el residente en MC durante el último año en la estrategia APPOYA.

2.3. Reporte de actividades en la estrategia APPOYA (2021-2022)

Como parte de la estrategia APPOYA se atendió a un total de 30 pacientes, durante un promedio de 4.9 sesiones. De estos, un 13% ya habían tenido al menos un proceso anterior en APPOYA, mientras que un 87% asistían por primera vez. Un 14% se clasifican como casos de MC (las personas acudieron por motivos relacionados con alguna enfermedad crónica, tales como artritis reumatoide e hipertensión) y en un 86% poseen mayor afinidad

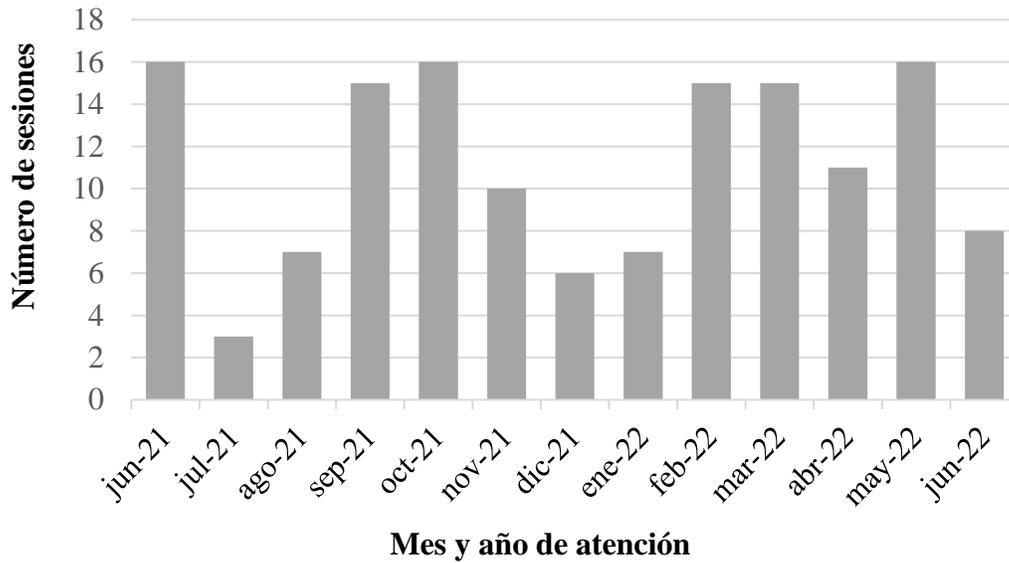
con la psicología clínica (casos de violencia, depresión, ansiedad, dificultades para la organización del tiempo, etc).

Un 76.9% concluyó el proceso de manera satisfactoria, a diferencia de un 23.1% que lo abandonó. De los seis pacientes que no concluyeron el proceso, la gran mayoría (n=5) tuvieron de una a dos sesiones. Una característica importante a considerar fueron los puntajes de depresión y ansiedad reportados en el DASS-21 previo a recibir atención. Quienes abandonaron el proceso presentaban puntajes altos de depresión (5 de 6 pacientes) y de ansiedad (5 de 6 pacientes), situación que pudo haber representado una barrera para la adherencia con el proceso.

La atención se brindó de junio del 2021 a junio del 2022, y se llevaron a cabo 127 sesiones, en la Figura 1 puede observarse el porcentaje de sesiones por mes. Durante los meses de junio-2021, octubre-2021 y mayo-2022, se brindó el mayor número de sesiones en un mes, con un total de 16; le siguen septiembre-2021, febrero-2022 y marzo-2022 con 15. Los meses de vacaciones o próximos al final de semestre son los que presentan una disminución en el número de sesiones (julio-2021, diciembre-2021, enero-2022).

Figura 1

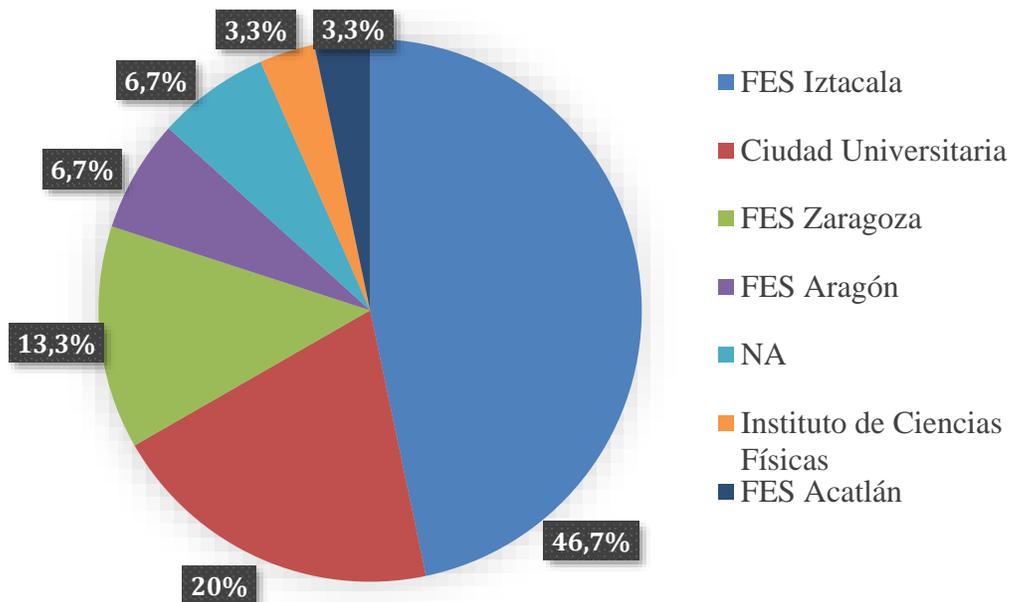
Número de sesiones realizadas en el último año de la residencia en Medicina Conductual



De los pacientes que acuden a la estrategia APPOYA un 20% pertenece al sexo masculino y un 80% al femenino. El promedio de edad es de 25,2 años, con un rango que va desde los 19 hasta los 57 años y una desviación estándar de 8,3. Al considerar la facultad en donde cursan o cursaron sus estudios, puede observarse en la Figura 2, que la gran mayoría provienen de la FES Iztacala (46,7%) y de Ciudad Universitaria (20%).

Figura 2

Facultad donde cursan los usuarios atendidos en la estrategia APPOYA

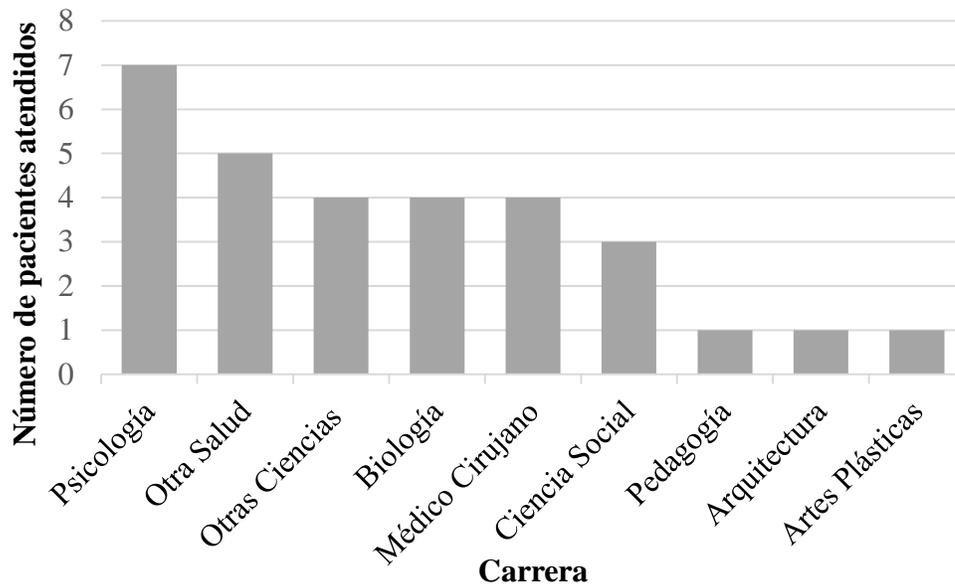


Nota. Dos casos se incluyen dentro de la categoría NA. Ambos corresponden con personas egresadas que en sus solicitudes no anotaron la escuela o facultad a la que pertenecieron.

Si se consideran las carreras estudiadas por quienes recibieron atención psicológica, la mitad pertenecen a psicología, medicina y biología (50% en total). El resto de carreras se presentan entre una o dos veces, y en la Figura 3 se clasificaron por área.

Figura 3

Carreras estudiadas por los usuarios atendidos en la estrategia APPOYA

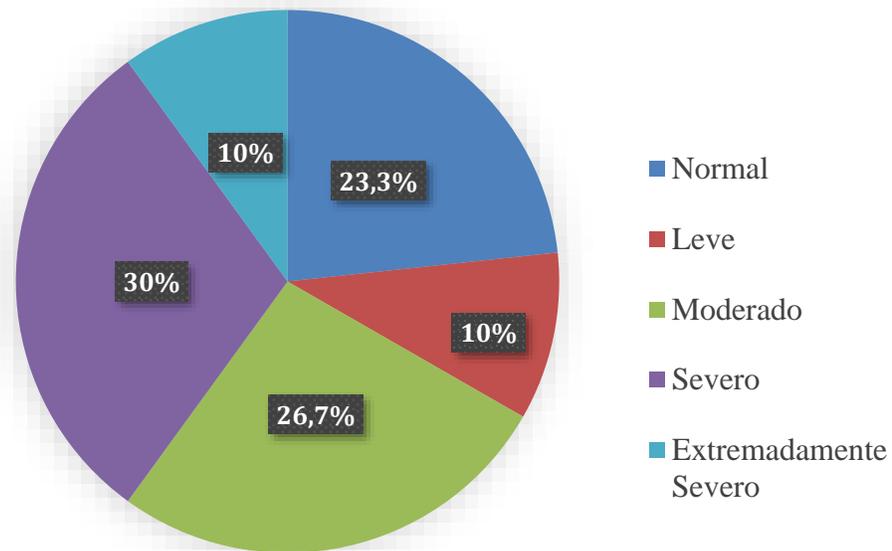


Nota. En la categoría *Otra salud* se agrupan las siguientes carreras: enfermería (n=1), optometría (n=1), ciencia forense (n=1) y cirujano dentista (n=2). En *Otras ciencias*: actuaría (n=1), física biomédica (n=1), física (n=2). En *Ciencia social*: derecho (n=1) historia (n=1), comunicación (n=1).

Previo a la primera sesión, en la solicitud de atención los pacientes completaron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Los puntajes obtenidos en las tres variables medidas por el instrumento se presentan en las Figuras 4, 5 y 6. En el caso de la variable estrés, un 40% presentan niveles severos o extremadamente severos.

Figura 4

Niveles de estrés presentados por los usuarios atendidos en la estrategia APPOYA

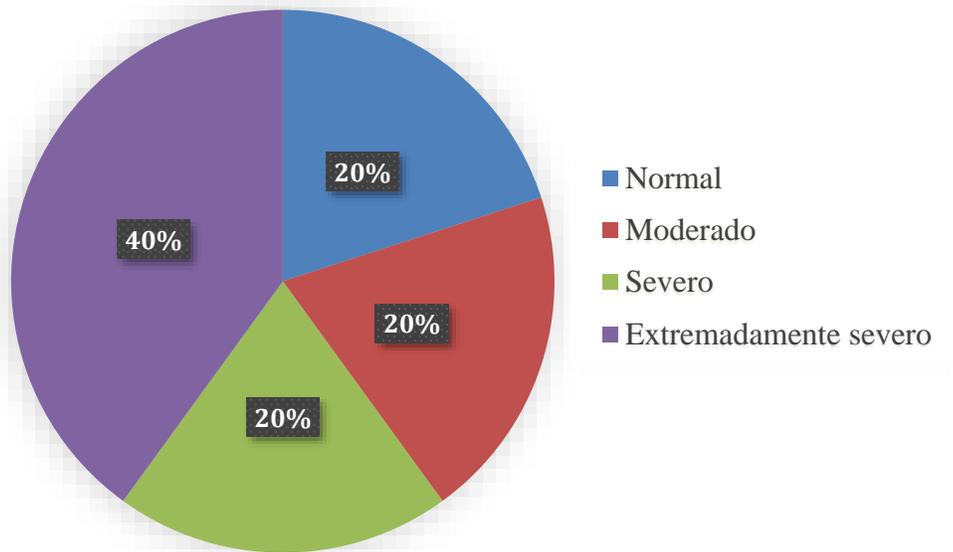


Nota. El puntaje de corte para la categoría normal corresponde con un valor numérico de (0-14), leve (15-18), moderado (19-25), severo (26-33) y extremadamente severo (34+).

El porcentaje de casos con niveles severos o extremadamente severos de ansiedad, es mayor que en el caso de la variable estrés, ya que un 60% se ubicaron dentro del rango.

Figura 5

Niveles de ansiedad presentados por los usuarios atendidos en la estrategia APPOYA

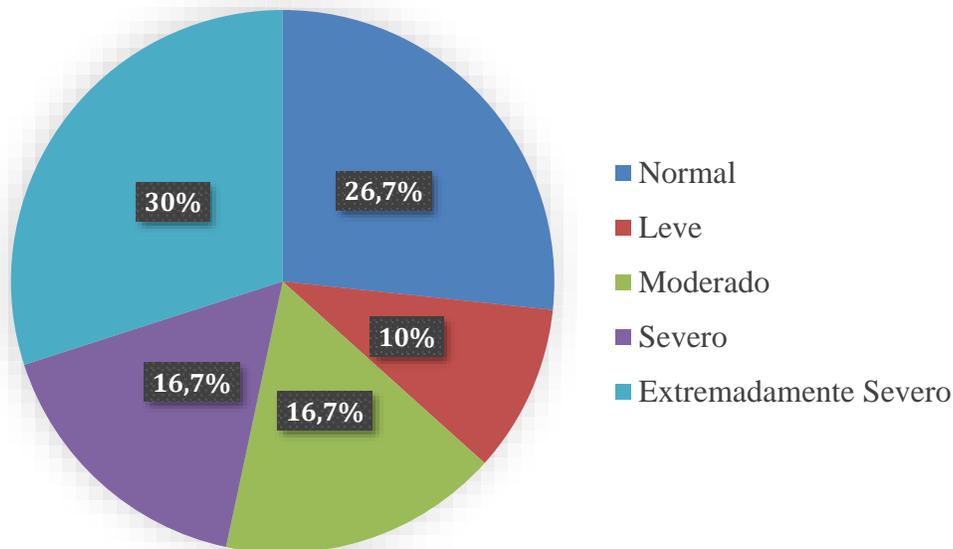


Nota. El puntaje de corte para la categoría normal corresponde con un valor numérico de (0-7), leve (8-9), moderado (10-14), severo (15-19), extremadamente severo (20+).

De forma similar a como ocurre con la ansiedad, en la depresión la categoría con mayor representación es la de extremadamente severo (30%), si a este se le suma el de severo (16,7%), cerca de la mitad presentan niveles altos de depresión.

Figura 6

Niveles de depresión presentados por los usuarios atendidos en la estrategia APPOYA



Nota. El puntaje de corte para la categoría normal corresponde con un valor numérico de (0-9), leve (10-13), moderado (14-20), severo (21-27), extremadamente severo (28+).

En la primera sesión, con cada paciente se llevó a cabo la evaluación inicial y en algunos casos, cuando resultaba necesario, se extendió hasta la segunda. La principal técnica implementada para ello fue la entrevista semiestructurada, aunque en ocasiones se complementó con el uso de instrumentos psicométricos y de autorregistros. A partir de las evaluaciones se identificaron distintas problemáticas, las cuales se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1*Problemáticas identificadas en los usuarios*

Problemática	Frecuencia	Porcentaje
Trastornos depresivos	7	23,3%
Trastornos de ansiedad	5	16,7%
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	2	6,7%
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	1	3,3%
Trastornos de la personalidad	1	3,3%
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	14	46,7%
Total	30	100.0

Nota. En la categoría *Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica* se incluyen las siguientes: Relación conflictiva con el cónyuge o pareja (n=4), Problema académico o educativo (n=3), Maltrato del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja (n=1), Problema de relación entre padres e hijos (n=1), Problema de relación entre padres e hijos + problema académico o educativo (n=1), Problema relacionado con el estilo de vida (n=1), Déficit de asertividad (n=1), Exceso de pensamientos de tipo perfeccionista (n=1), Exceso en el uso del celular (n=1). Las últimas tres problemáticas no se ajustan a las categorías del DSM-5, por lo cual se utiliza una nomenclatura afín a la terapia conductual, basada en déficits y excesos.

Un poco más de la mitad de los casos atendidos corresponden a trastornos depresivos o de ansiedad, o a una relación conflictiva con el cónyuge o pareja (56,7% en total). Las dos primeras problemáticas representan los trastornos psicológicos de mayor prevalencia en la población general. En el caso de la tercera, se considera una problemática común dentro de la etapa del desarrollo en la que se encuentran los pacientes, al ser la adultez temprana un momento en el cual con frecuencia se entablan relaciones de pareja, se conoce a nuevas personas en el contexto universitario, y en muchos casos, por primera vez se deja la casa de los padres.

Durante la evaluación inicial se estableció el nivel de riesgo hacia sí mismo y los demás. Un riesgo moderado se presentaba a nivel del pensamiento (pensamientos de inutilidad, ideas de muerte, daño sin un plan o estructura, pensamientos recurrentes de deserción escolar, conductas poco saludables que afecten un padecimiento). Para considerar un riesgo alto debía presentarse planeación o acciones concretas, tales como: planeación de suicidio, autolesiones, deserción escolar, decisiones que ponen en riesgo la integridad, no apegarse intencionalmente al tratamiento afectando la salud. Del total de pacientes atendidos, veinte no presentaron riesgo (66,7%), ocho un nivel moderado (26,7%) y dos un nivel alto (6,7%).

Luego de definir una problemática y evaluar el nivel de riesgo, se establecieron objetivos de trabajo, concretos y específicos. Con el fin de proporcionar procedimientos eficaces, cada una de las técnicas empleadas pertenece al movimiento de la psicología basada en la evidencia y al modelo cognitivo conductual. En la Tabla 2, se presentan las principales técnicas empleadas según la problemática y se describe el número de veces en que fueron aplicadas (número entre paréntesis).

Tabla 2

Problemática definida y principal técnica implementada con los usuarios

Problemática	Técnica principal
Trastornos depresivos	PA (3), TC (1), PE (1), SP (1)
Trastornos de ansiedad	TC (2), EXP (1), PE (1), TB (1)
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	CDE (1), PMN (1)
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	REG (1)
Trastornos de la personalidad	PE (1)
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	
Relación conflictiva con el cónyuge o pareja	TC (2), ORI (1)
Problema académico o educativo	BD (2), TC (1)
Maltrato del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o pareja	SP (1)
Problema de relación entre padres e hijos	SP (1)
Problema de relación entre padres e hijos + problema académico o educativo	BD (1)
Problema relacionado con el estilo de vida	REG (1)
Déficit de asertividad	TC (1)
Exceso de pensamientos de tipo perfeccionista	TC (1)
Exceso en el uso del celular	REG (1)

Nota. PA= Planificación de actividades; TC=Terapia cognitiva; PE=Psicoeducación; SP=Solución de problemas; EXP=Exposición; TB=Tiempo basura; CDE=Control de estímulos; PMN= Protocolo de comunicación de malas noticias; REG=Registro; ORI=Orientación; BD= Balance decisional.

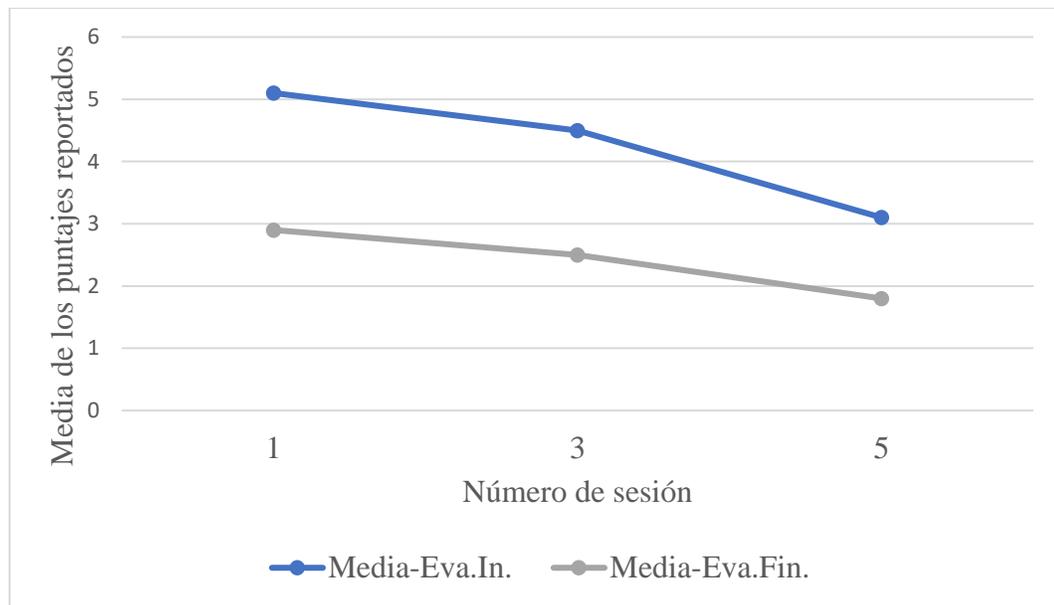
El número de casos presentados en la Tabla 2 es igual a 28, a pesar de ser un total de 30 en el resto del documento. Esto se debe a que, en dos casos, durante la primera y única sesión, ninguna técnica de intervención fue aplicada.

Al inicio y final de cada una de las sesiones, se aplicó una escala verbal analógica del estado de ánimo para que los pacientes indicaran cómo se sentían (0-muy bien al 10-muy mal). Al finalizar la sesión, generalmente manifestaban una mejoría, aunque otras veces no había un cambio, lo cual ocurría principalmente en las sesiones finales cuando ya el componente emocional se encontraba estabilizado. En menor medida se comentaba un cambio en dirección opuesta, es decir, que se sentían peor. Cuando esto ocurrió, la sesión se caracterizó por la presencia de un componente emocional significativo producto de la aplicación de procedimientos como la identificación de creencias intermedias y centrales. En pacientes con algún grado de psicopatología estas creencias se caracterizan por ser disfuncionales, por ejemplo, alguien puede considerarse a sí mismo como poco útil, incapaz de ser amado, inmoral y peligroso para los demás (Beck, 2021).

La media de los puntajes reportados al inicio de cada sesión es de 3.82, mientras que al final de 1.99. Si se analizan estos puntajes en tres distintos momentos del proceso, al inicio (sesión 1), a la mitad (sesión 3), y cercano al cierre (sesión 5) se observa una tendencia a la mejoría en el estado de ánimo con el paso de las sesiones, véase la Figura 7.

Figura 7

Media de los puntajes reportados en la escala verbal analógica para las sesiones 1, 3 y 5



Nota. Media-Eva.In. = Media de Evaluación Inicial, Media-Eva.Fin. = Media de Evaluación Final.

Al concluir cada proceso, o en caso de deserción tras haber tenido una o más sesiones, se envió una encuesta compuesta por la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) adaptada al español por Feixas et al., (2012), en conjunto con dos preguntas relacionadas con el uso de la estrategia: ¿Recomendarías esta estrategia de atención? (sí/no, justifique su respuesta), ¿Solicitarías atención de nuevo en esta estrategia? (sí/no, justifique su respuesta).

El CRES-4 brinda un puntaje total que indica el nivel de satisfacción, todos los pacientes (n=15) reportaron el nivel más alto de satisfacción con el proceso (puntajes ≥ 200). Con respecto a las respuestas obtenidas ante las preguntas asociadas al uso de la estrategia, todos indicaron que recomendarían la estrategia, entre sus justificaciones se incluyen algunas como: *“Aún siento que tengo cosas en las que tengo que trabajar y siento que esta estrategia me ayudó mucho.”*; *“Por salud mental y por mantener los resultados obtenidos en este tratamiento”*; *“Sí, porque considero que es una buena plataforma”*; *“Me parece una buena estrategia de introducción a la atención psicológica y buen acceso a las personas que no tenemos la posibilidad de costear una consulta privada. Considero que las personas que atienden son muy profesionales y sin duda te hacen sentir muy cómodo en la terapia”*.

Ante la pregunta de si solicitaría de nuevo atención en la estrategia, nuevamente todos los pacientes respondieron de forma afirmativa, entre sus justificaciones se encuentran: *“Me parece que me brindó muchas herramientas para manejar mis pensamientos, me ayudó a sentirme mejor y siento que hubo un gran cambio en cómo veía las cosas.”*; *“Es un método muy efectivo y los terapeutas me parece que están calificados.”*; *“Esta estrategia me resultó muy favorable, se acomoda a tus tiempos, hay una excelente atención, te dan las herramientas necesarias para seguir tu proceso, todo eso en conjunto hace que los resultados sean buenos y de esta forma se recomienda ampliamente”*; *“Los terapeutas son muy profesionales. Siempre mantienen al margen sus ideas personales en la sesión. Siguen un enfoque terapéutico basado en evidencia científica. Cuentan con una gran variedad de recursos escritos e ilustrativos que ayudan mucho a la comprensión en la terapia. Además, tienen una gran habilidad para guiarte a darte cuenta donde se está parado en el problema realmente, y también a cómo encontrar tu propia solución. Presentan más de una técnica*

para ir trabajando en tu problema. Realmente muestran la importancia de la atención psicológica. Generan mucha confianza”.

De los usuarios que respondieron a las distintas herramientas de evaluación tras haber finalizado el proceso psicológico, se puede observar que todos brindaron retroalimentación positiva sobre el servicio. En el siguiente apartado se presentan argumentos en torno a las competencias adquiridas por el residente durante su estancia en el programa de maestría.

3. Competencias adquiridas

3.1. Competencias profesionales alcanzadas

La residencia en Medicina Conductual posee un carácter profesionalizante. A los cursos teóricos del tronco común, se le suma el programa de residencia, el cual en condiciones previas a la pandemia por COVID-19 consistía en 2,400 horas de práctica asistencial supervisada en hospital. Si bien la estrategia APPOYA se encuentra lejos de cumplir con la cantidad de horas, ha representado una modalidad de intervención distinta a lo que tradicionalmente se hacía. Motivo por el cual, la generación ingresada en el semestre 2021-I ha adquirido otra serie de competencias, las cuales clasificaría dentro del término versátil. En tiempos de constante cambio e incertidumbre, esta versatilidad ha permitido adaptarse para continuar con el proceso de formación, y continuar beneficiando a otros sectores de la población mexicana, tales como a los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México. En el presente apartado se exponen algunas de las competencias que considero he adquirido a través de la estancia en el programa de posgrado.

A partir de la experiencia en la residencia, las actividades se pueden clasificar en los siguientes cuatro ejes:

- a) Actividades de APPOYA
- b) Supervisión APPOYA
- c) Actividades académicas
- d) Elaboración del protocolo

3.1.1. Actividades de APPOYA

En las actividades de APPOYA se incluyen las sesiones llevadas a cabo con los distintos usuarios, en conjunto con otras como redactar notas o revisar literatura para garantizar la aplicación de procedimientos eficaces. Estas actividades permitieron adquirir las siguientes competencias:

- Conocimiento de los requerimientos necesarios para llevar a cabo sesiones en modalidad en línea.
- Conocimiento del procedimiento para un primer contacto con los solicitantes.
- Desarrollo de habilidades de entrevista en un marco de tiempo limitado (1 a 2 sesiones).
- Elaboración de diagnósticos a partir de los criterios del Manual de Diagnósticos Psiquiátricos IV y 5 (DSM IV y 5, por sus siglas en inglés).

- Conocimiento de estrategias para la devolución de información a los pacientes (elaboración de diagramas de secuencias).
- Conocimiento de técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de distintas problemáticas.
- Desarrollo de habilidades para la implementación de técnicas cognitivo conductuales adaptadas a las condiciones del paciente.
- Conocimiento del examen mental.
- Desarrollo de habilidades para la elaboración de notas en el formato SOAP.
- Conocimiento de condiciones médicas y su relación con el componente psicológico (por ejemplo, en pacientes con Artritis Reumatoide).
- Desarrollo de habilidades para el establecimiento de límites dentro del proceso terapéutico (por ejemplo, el proceso de toma de decisiones cuando se solicita un cambio de horario para la sesión).

3.1.2. Supervisión APPOYA

Las actividades de APPOYA fueron supervisadas semanalmente, los días jueves en un horario de 12:00 pm a 2:00 pm. Algunas de las competencias adquiridas fueron:

- Presentación de casos dentro de un contexto de supervisión profesional.
- Desarrollo de habilidades de comunicación asertiva con la supervisora (Mtra. Maetzin Itzel Ordaz) y compañeras(os) de residencia.

- Conocimiento de buenas prácticas psicológicas a partir de las recomendaciones hechas por la supervisora y las implementadas por los compañeros(as) de residencia.
- Capacidad de autocrítica con las decisiones tomadas como terapeuta.
- Conocimiento de distintos estilos de atención psicológica.

3.1.3. Actividades académicas

En la residencia en Medicina Conductual las actividades académicas van cediendo espacio a las prácticas conforme se va avanzando en los semestres. Dentro de las actividades académicas se incluyen las supervisiones académicas y la presentación del caso clínico, este último se presenta con mayor detalle en el anexo 1. A continuación, se enlistan las competencias adquiridas:

- Elaboración de presentaciones y de recursos educativos (infografías, imágenes interactivas).
- Manejo de programas como Genially, Canva, etc.
- Capacidad de síntesis de la información.
- Seguimiento de instrucciones brindadas por los supervisores (por ejemplo, con el cumplimiento de fechas de entrega).
- Conocimiento de diversas estrategias cognitivo conductuales aplicadas en modalidad virtual.

- Capacidad de analizar críticamente la literatura científica.
- Conocimiento del programa estadístico SPSS.
- Conocimiento del formato para la presentación de casos clínicos.

3.1.4. Elaboración del protocolo

Dentro de la modalidad de trabajo que ha caracterizado a la residencia durante el tiempo de la pandemia, la elaboración del protocolo adquirió un peso mayor. La transición hacia la modalidad a distancia planteó la necesidad de buscar distintas formas de intervención. Con la elaboración del protocolo de investigación se adquirieron las siguientes competencias:

- Conocimiento de modelos teóricos que sustentan la elaboración del mismo.
- Conocimiento de los apartados que conforman un protocolo de investigación.
- Búsqueda de literatura científica.
- Conocimiento de intervenciones basadas en evidencia para el tratamiento de la depresión en cuidadores primarios informales.
- Desarrollo de habilidades en la implementación de las técnicas psicológicas.
- Desarrollo de habilidades tecnológicas.
- Adaptación tanto a la modalidad presencial como a distancia.

- Conocimiento de otras modalidades de intervención más allá de sesiones clínicas individuales o intervenciones grupales, tales como la aplicación de programas de tratamiento de manera asincrónica mediante páginas web.

3.2. Competencias adquiridas en el ámbito personal

Cada uno de los ejes presentados impacta en una persona. La labor dentro de la psicología implica el conocimiento teórico y práctico, de carácter científico, pero sin omitir una dimensión humana y personal. En el ámbito personal, el programa de residencia ha permitido:

- Desarrollo de habilidades de organización del tiempo.
- Desarrollo de habilidades de autocontrol.
- Apertura hacia la retroalimentación basada en criterios técnico-científicos.
- Desarrollo de habilidades de tolerancia a la frustración.
- Aumento en la confianza del trabajo realizado como profesional.
- Conocimiento de diversas realidades al trabajar con los usuarios.
- Desarrollo de empatía frente a las diversas realidades que viven los usuarios.
- Aumento del compromiso con la labor psicológica.

3.3. Competencias adquiridas a partir del perfil de egreso

En el siguiente apartado se presenta el perfil de egreso del residente en Medicina Conductual, el cual se incluye en la página <https://www.medicinaconductual-unam-fesi.org/>.

Con el fin de evaluar cada uno de los enunciados, se brinda una puntuación en una escala de 0 a 10 (0 no se adquirió – 10 se adquirió por completo) y se agregan comentarios adicionales para respaldar el valor numérico brindado.

- Detectar problemas y necesidades psicológicas socialmente relevantes en el área de salud **(10)**.

Desde las clases teóricas iniciales se mencionaban problemáticas y necesidades del área de salud, las cuales se fueron observando una vez puesta en práctica la estrategia APPOYA.

- Evaluar y diagnosticar problemas de acuerdo con el modelo de evaluación conductual **(9)**.

Las intervenciones llevadas a cabo partieron del modelo de evaluación conductual, el cual se desarrolla a lo largo de todo el proceso de intervención. Debido al número limitado de sesiones, algunas fases se recortaron de forma considerable, una de ellas la evaluación inicial, ya que únicamente se destinaba la primera sesión para ello. Si bien es cierto este enfoque de corto tiempo permite desarrollar importantes habilidades, también pudo impactar en la precisión de los diagnósticos.

- Diseñar y/o adaptar instrumentos y técnicas de medición confiables y válidos para las poblaciones de interés **(5)**.

En cursos como los de Medición y Evaluación I y II, elaboración de materiales psicoeducativos y en las supervisiones académicas, se abordó la parte teórica del proceso de diseñar y adaptar instrumentos. Sin embargo, no hubo necesidad de llevar a cabo estos procedimientos a la práctica.

- Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para su intervención profesional **(10)**.

Desde el ingreso a la residencia el taller de técnicas permite estudiar tanto los aspectos teóricos, como los de la implementación en la práctica. Posteriormente, con la estrategia APPOYA se tuvo que profundizar en técnicas que se adaptaran a las necesidades específicas de los consultantes. Otro aspecto que ayudó a cumplir con este perfil, fue la retroalimentación brindada en las supervisiones, en donde incluso se cuestionaba al terapeuta la pertinencia de algunas técnicas o el querer aplicar un amplio conjunto en una cantidad de tiempo reducida.

- Integrar los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional en el área de salud **(10)**.

Cursos como los de Teorías y Modelos promovieron espacios para integrar los fundamentos teóricos a lo largo de tres semestres. Además, al elaborar un protocolo de investigación, en un principio se revisaron distintos modelos teóricos con el fin de seleccionar aquellos que mejor sustentaran a la propuesta de intervención. Desde la residencia siempre se promovió la coherencia entre los modelos teóricos y la práctica profesional, evitando enfoques eclécticos.

- Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de la salud **(9)**.

En los cursos teóricos se revisaron los diseños de n=1 como una alternativa para evaluar la eficacia de los programas de intervención, mediante el uso de herramientas como los autorregistros, uso de herramientas psicométricas y puntajes asignados por los consultantes

al inicio y final de las sesiones. Con la elaboración de los protocolos también se profundizó en el tema, ya fuera desde un enfoque nomotético, idiográfico o incluso combinado.

- Desarrollar materiales psicoeducativos con información verídica y válida **(10)**.

Se contó con un taller para revisar aspectos relacionados con la elaboración de una amplia diversidad de materiales psicoeducativos. Además, se capacitó en el uso de herramientas anteriormente desconocidas como Canva, Genially, etc. El mayor reto de elaborar materiales psicoeducativos se presentó con la creación de contenido del protocolo, debido a la amplia cantidad de recursos requeridos.

- Refinar su intervención con base en los resultados de la evaluación, de manera que responda adecuadamente a las necesidades del cliente y de la sociedad **(9)**.

Si bien en ocasiones se siguieron protocolos de intervención, el enfoque fue principalmente idiográfico. A partir de la evaluación inicial se realizó una formulación del caso que permitió identificar posibles áreas para intervenir. Posteriormente, las hipótesis se comentaron con los consultantes con el fin de incluirlos y de desarrollar intervenciones que se ajustaran a sus necesidades. Este enfoque requiere ser flexible, para incluso modificar la intervención durante el proceso en caso de ser necesario.

Debido a que los diagnósticos no siempre fueron precisos, puede surgir espacio para el cuestionamiento de las intervenciones. No obstante, el terapeuta en varias ocasiones se declinó por la selección de conductas problema (excesos/déficits), en contraposición a la lógica del diagnóstico psiquiátrico.

- Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención en salud (7).

Muchas de las labores realizadas podrían encuadrarse dentro del segundo y tercer nivel. Incluso, el protocolo de investigación se dirige a trabajar con población que ya cuenta con un diagnóstico de depresión y en ocasiones de enfermedad crónica. El trabajo en el nivel de atención primaria fue el más limitado.

- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional (9).

En un apartado anterior del reporte de experiencia profesional se abordaba esta situación. El quehacer del profesional en medicina conductual se basa en la evidencia científica, siendo una de las principales fortalezas de la residencia. Como pendiente se encuentra la participación en congresos y elaboración de publicaciones, lo que permitiría generar conocimiento científico relevante a partir de la práctica clínica.

- Trabajar en equipo multidisciplinario (4).

Probablemente este sea el punto con mayor afectación producto de la ausencia de trabajo en el hospital, ya que se perdió la posibilidad de compartir con otros profesionales en el campo de la salud. Para la elaboración del protocolo he contado con un equipo de trabajo para la parte del diseño y creación de la página, siendo uno de los principales retos el transmitir la visión psicológica.

- Utilizar los principales enfoques metodológicos y estadísticos útiles en la práctica profesional (7).

Se cuenta en la residencia con varios cursos para abordar estas temáticas, especialmente en los pertenecientes al tronco común y en las supervisiones académicas. Al ser una buena parte de las actividades dedicadas a la atención clínica, por momentos la aplicación de estos conocimientos quedó al margen, aunque se retomaron para la elaboración del protocolo de investigación.

4. Evaluación final

Durante los dos años de residencia el balance realizado arroja un saldo favorable, es decir, son más los aciertos identificados que los desaciertos, aunque esta situación no omite que existan recomendaciones en favor de la calidad del programa. A continuación, se realiza este ejercicio, a partir de los ejes presentados en el capítulo anterior.

4.1. Actividades de APPOYA

En un marco de incertidumbre, durante la pandemia, el cuerpo docente de la supervisión del Hospital Juárez de México (HJM) ideó una estrategia para que los y las estudiantes pudieran desarrollar sus habilidades terapéuticas. A partir de la creación de APPOYA la residencia tomó un nuevo giro, al tener que migrar de las paredes del HJM hacia uno virtual, en el cual las problemáticas presentadas por los usuarios fueron muy diversas. Gracias a la estrategia, el residente de la generación 2021-1 profundizó en el diagnóstico psiquiátrico, en el abordaje de distintas problemáticas desde la TCC, en el uso de dispositivos tecnológicos.

Uno de los cambios notorios, en comparación con el trabajo en el hospital, es el aumento en el número de sesiones (generalmente un máximo de 6 sesiones). Según lo

comentado por el cuerpo docente, esta realidad dista mucho de la vivida en el hospital, en el cual el número se acorta a una, o máximo dos. Contar con más tiempo permitió desarrollar otras habilidades, como sucede al aplicar algunas técnicas que no se ajustan a un contexto hospitalario (por ejemplo, las de corte cognitivo).

El giro hacia la estrategia APPOYA alejó al residente de la especialización en un servicio del hospital (en mi caso, no tuve la posibilidad de formar parte del servicio de oncología). Por otra parte, como se afirmó anteriormente, permitió desarrollar una labor más diversificada, la cual, a criterio personal, considero que se adapta mejor a un próximo escenario laboral. Tanto en México, y aún más en mi país Costa Rica, los espacios para que un profesional en medicina conductual desarrolle sus labores son limitados. A pesar de no poder especializarse en el contexto hospitalario, el residente mediante la estrategia APPOYA, pudo tener cercanía con casos afines al área de la medicina conductual.

En conclusión, los y las estudiantes que conformaron la residencia durante el tiempo de pandemia es muy probable que cuenten con un perfil distinto al de generaciones anteriores, con fortalezas como las destrezas tecnológicas, o la flexibilidad y el conocimiento de una amplia diversidad de problemáticas, aunque también con debilidades al no haber estado en el contexto hospitalario.

4.2. Supervisión APPOYA

Se dice que un jugador puede practicar a anotar balones en una canasta, si este lo hace con los ojos vendados no recibirá retroalimentación de aspectos como la técnica, uso de la fuerza, etc. Si sigue así por años, el tiempo no garantizará que vaya a ser un mejor jugador.

Lo anterior, resume la importancia de los espacios de supervisión dentro de la práctica clínica. Tener la oportunidad de presentar los casos semanalmente, permitió corregir el accionar cuando fuera necesario (por ejemplo, reconocer que en ocasiones la confrontación puede ser un recurso, la importancia de acortar la entrevista y de emplear preguntas cerradas, o cómo presentar la formulación del caso al consultante, etc.), simultáneamente, brindó una sensación de confianza en la labor realizada al contar con el respaldo de otros profesionales.

De no existir la supervisión, podría ocurrir que el terapeuta sea poco crítico con su labor, al considerar que no hay mucho por mejorar. En contraparte, podría ser muy crítico e incapaz de reconocer sus aciertos. La supervisión proporciona un espacio para recibir comentarios objetivos de otros profesionales, de esta forma, el residente cuenta con información que le permite conseguir una visión más flexible y balanceada en torno a su labor, en la cual reconoce importantes aciertos, pero también áreas de mejora.

En un inicio, cuando los y las residentes llevan sus primeros casos, resulta fundamental la guía activa por parte del supervisor(a). Conforme las habilidades clínicas se van desarrollando, es importante ir asumiendo otros roles, como los de supervisar la labor de la generación R1. Si bien la labor del supervisor(a) sigue siendo importante, es necesario brindar espacios para desarrollar la autonomía del profesional en psicología. En este punto, recomendaría modificar las actividades con el paso del tiempo en la residencia. Inicialmente, el rol del supervisor(a) sería muy activo, para luego orientar únicamente en aquellos casos más complejos. Al realizar este cambio, la supervisión se acortaría, o quedaría más tiempo para profundizar en otras áreas (por ejemplo, búsquedas de temas de interés).

4.3. Actividades académicas

Comúnmente existe una brecha entre la labor del clínico y del investigador. Las actividades académicas dentro de la residencia promueven una mayor cercanía entre ambas áreas. Con la revisión de textos y de artículos científicos se pudo enriquecer el ejercicio práctico, tal es el caso con la elaboración de los protocolos. Desde un inicio, en la residencia se promovió la toma de decisiones basada en la evidencia.

Otro acierto, fue el hecho de interconectar cada una de las actividades, de tal manera que las habilidades de síntesis desarrolladas y del uso de herramientas tecnológicas como imágenes interactivas, gamificaciones durante las actividades académicas, representaron escenarios de aproximaciones graduales para el desarrollo de habilidades para la elaboración del protocolo.

La relación entre clínica e investigación se plantea en dos direcciones, hasta el momento lo comentado se puede resumir en los aportes que la investigación brinda a la labor del clínico (por ejemplo, hacer uso de la evidencia científica para la toma de decisiones). La otra, en los aportes que el clínico pueda hacer a la labor científica (por ejemplo, al sistematizar datos que permitan demostrar la eficacia de las intervenciones).

Con respecto a este segundo punto, la exposición de casos clínicos es quizás la actividad más representativa. Como un área de mejora se considera la posibilidad de haber tenido aproximaciones graduales a la presentación de casos, ya que con algunas leves modificaciones el ejercicio podría haberse adaptado a alguno de los casos APPOYA.

Un aspecto importante, es toda la evidencia que se puede presentar a partir de la información recolectada de los procesos de APPOYA. Se recomienda realizar publicaciones con el fin de evidenciar los alcances de nuestra labor. Otro punto, claramente influido por el de la pandemia, fue el no poder asistir a distintos congresos.

Si bien anteriormente la dinámica del hospital podía limitar las labores de investigación, por una cuestión de recursos como tiempo, dinero, etc. Con el giro realizado a partir de la pandemia, considero que las actividades académicas se podrían haber expandido hacia el campo de la investigación, por ejemplo: promover la publicación de artículos científicos a partir de los casos de APPOYA, o modificar el formato de tesis con el fin de que el resultado final sea una publicación científica.

Integrar actividades como las señaladas anteriormente le permite al residente adquirir habilidades en lo académico y la investigación, necesarias para su desarrollo profesional (al tener el grado de maestro, las universidades tanto públicas como privadas son un posible escenario laboral). Por otra parte, la residencia también se vería beneficiada al exponer el valioso trabajo que se ha realizado dentro del contexto mexicano. Como se sabe, mucha de la evidencia en TCC proviene principalmente de países europeos o de los Estados Unidos. La residencia, por lo tanto, tiene una oportunidad inmejorable para seguir siendo pionera en el campo de la medicina conductual en Latinoamérica.

4.4. Elaboración del protocolo

De todas las actividades realizadas durante los dos años de residencia, la más novedosa fue la elaboración del protocolo. Normalmente las intervenciones en psicología se han planteado a nivel individual, principalmente a través de procesos clínicos. La otra forma

más común es la grupal, principalmente mediante talleres. Por lo general, ambas se han desarrollado en la modalidad presencial.

El contexto de la pandemia planteó nuevos desafíos, uno de ellos la necesidad de trabajar a distancia mediante otras formas de intervención, tales como: aplicaciones móviles, sitios web, en los que el rol del consultante es mucho más activo. Adentrarse en estos nuevos campos le permite al clínico ampliar la visión de su quehacer y plantearse importantes cuestionamientos, por ejemplo: ¿En qué población resultan más efectivos estos procedimientos?, ¿Son realmente accesibles estas intervenciones considerando el contexto latinoamericano (amplias brechas en acceso a la tecnología)?, ¿Cómo establecer una relación terapéutica a través de una modalidad en línea y asincrónica?, ¿Podría acaso omitirse la relación terapéutica (por ejemplo, si el uso de una aplicación muestra resultados similares a los de un proceso terapéutico)?

Elaborar un protocolo también permite ir más allá de la labor individual, para considerar la función que puede tener la sistematización de intervenciones dirigidas a poblaciones específicas a nivel social. Frente a las barreras sociales experimentadas para acceder a servicios de salud mental, garantizar intervenciones efectivas, de duración limitada y replicables por otros profesionales, puede resultar en una mejora significativa de la calidad de los servicios de salud mental. En la actualidad, considero que este es uno de los caminos a seguir para quienes toman decisiones en el campo de la salud.

Debido a los cambios en la residencia, a la elaboración del protocolo de investigación se le asignó un mayor peso. Mucho del tiempo se ha destinado a su elaboración, que comienza a planificarse desde el momento de ingreso. Con respecto al proceso de elaboración se han

identificado áreas de mejora, una de ellas se relaciona con la obligación de tener que aplicar el protocolo. En línea con las publicaciones científicas, al ser la aplicación un requisito obligatorio puede saltarse etapas previas no menos importantes como: someter al criterio de expertos la elaboración de materiales, elaborar grupos focales con participantes para recibir retroalimentación, aplicación de un plan piloto. Como se observó en los ejercicios académicos, en muchos casos estos pasos anteceden a la realización de estudios de efectividad y pueden tomar incluso años.

Considero importante que la residencia cuente con líneas de investigación claramente definidas, que le permitan a los y las residentes dar seguimiento a los esfuerzos de generaciones previas. Los beneficios obtenidos serían amplios, por un lado, el residente podría contar con mayor guía para definir un tema de investigación, lo cual se transformaría en un ahorro de tiempo considerable. Por otra parte, la residencia se iría consolidando con nichos de investigación. Dentro de esta lógica, los residentes podrían replicar protocolos, adaptarlos a otras poblaciones, siendo todas estas tareas ampliamente necesarias en el proceso de hacer ciencia.

5. Conclusiones finales

El perfil de la residencia en medicina conductual se ha modificado de forma considerable a partir de la pandemia por COVID-19, por primera vez en sus más de dos décadas continuas de trabajo una generación egresó sin haber brindado atención hospitalaria de manera presencial.

Es muy probable que quienes egresan no cuenten con conocimientos y habilidades que se desarrollan dentro de un hospital, tales como el conocimiento de múltiples

diagnósticos médicos o la adaptación del trabajo a un contexto de tiempo limitado. Si bien existen alternativas de aprendizaje como la revisión de literatura acerca de padecimientos; o escuchar las experiencias de la generación R+ y del cuerpo docente acerca de la labor hospitalaria, todo ello no equivale a la experiencia personal.

Desde otro punto de vista, los egresados cuentan con conocimientos y habilidades que por lo general no se hubieran desarrollado en las condiciones previas, especialmente en dos áreas: la tecnológica y la psicología clínica. Con respecto a la primera, los cambios tecnológicos se han acelerado en la última década. Hace 10 años todavía no se utilizaba el WhatsApp para comunicarse, de igual manera Zoom apenas salía al mercado, al igual que la plataforma de edición Canva. A partir de los cambios realizados en la residencia, se ha llevado a cabo un trabajo pionero a nivel latinoamericano, al adaptar un modelo de intervención a la modalidad en línea.

El segundo punto se relaciona con conocimientos y habilidades desarrolladas en un campo ajeno a la MC, como la psicología clínica. El compromiso ético con los pacientes hizo que el residente tuviera la necesidad de formarse en otras áreas, alternando su labor entre el terreno de la MC y de la psicología clínica. La experiencia obtenida permite concluir que no resultan excluyentes, sino que presentan importantes puntos de encuentro. Un psicólogo clínico sin formación en MC o en psicología de la salud podría omitir variables biológicas de importancia para atender un caso. Por otra parte, un especialista en MC sin entrenamiento en clínica podría presentar déficits en cuanto a habilidades terapéuticas básicas; también a la hora de aplicar técnicas específicas (por ejemplo, el debate socrático).

Con este apartado se concluye el reporte de experiencia profesional, en el cual se resume la experiencia de los últimos dos años dentro de la residencia. A continuación, se desarrolla el protocolo de investigación denominado: Programa de tratamiento para la depresión en cuidadores primarios informales- Yo también me cuido.

Parte 2.

Protocolo de investigación

Al ser la investigación uno de los ejes que conforma a la Residencia en Medicina Conductual, se desarrolló un protocolo, el cual se presenta a continuación. Se aportan datos provenientes del contexto latinoamericano, en donde por diversas barreras, los estudios son limitados.

6. Los cuidadores primarios informales

Un cuidador(a) es aquella persona que brinda asistencia y apoyo a otra que, por diversas razones como la enfermedad, discapacidad o edad avanzada (puede presentarse más de una condición) no logra realizar las actividades diarias de manera independiente (Nakano, 2010). Si esta persona cuidadora es quien asume mayoritariamente las responsabilidades, se le considera cuidador(a) primario(a). Además, si su labor no es remunerada económicamente y no cuenta con un entrenamiento previo en tareas relacionadas con brindar cuidado, se le llama informal (Becerra & Ramos del Río, 2021).

El Cuidador Primario Informal (CPI) surge principalmente dentro del contexto familiar. En la actualidad, numerosos cambios observados en la sociedad, tales como el aumento de hogares monoparentales y la inclusión de la mujer en el mercado laboral, ocasionan que el número de CPI vaya a la baja. A esta situación, se le debe sumar el aumento acelerado de población adulta mayor que se prevé en las siguientes tres décadas (Bruhn & Rebach, 2014). Ante los hechos presentados, se muestra un panorama en el que la brecha entre quienes brindan cuidado y quienes lo necesitan aumentará considerablemente.

Entre las labores del CPI se encuentran principalmente la asistencia en actividades personales básicas como colocar un vendaje, ayudar al paciente a ir al baño, movilizar de la cama o de la silla, estas son llamadas actividades de la vida diaria. Por otra parte, las actividades instrumentales de la vida diaria incluyen las tareas del hogar, administrar el dinero, preparar comidas, entre otras (Becerra & Ramos del Río, 2021). Investigaciones como la de Iniesta et al., (2018) señalan que en promedio el CPI dedica 16.5 horas diarias a la realización de actividades de cuidado del paciente. En su muestra, además, 34% desempeñaba estas labores desde hace cinco años.

El perfil del CPI corresponde en su mayoría con el sexo femenino (alrededor del 70%), siendo las familiares como las esposas e hijas, las más frecuentes (Nakano, 2010; Taylor-Brown et al., 2014), en un rango de edad entre los 40-60 años, con sus propios padecimientos médicos muchas veces desatendidos por cuidar de otros (Becerra & Ramos del Río, 2021). En países como Estados Unidos, es más común que mujeres afrodescendientes ejerzan el rol, además, debido a la brecha socioeconómica existente alrededor del 50% deben trabajar fuera del hogar. Otro aspecto a considerar es la escolaridad, en su mayoría quienes cumplen con el rol de CPI muestran mayoritariamente niveles completos de primaria (Nakano, 2010).

Los datos anteriores permiten tener un cuadro más amplio acerca del CPI, al considerar distintas variables de carácter social que pueden impactar tanto la salud física y psicológica. Dentro de este panorama, un aspecto de interés es el hecho de que un 75% de los CPI no se reconocen como tales (Bruhn & Rebach, 2014). Es probable entonces que quienes asumen la labor de cuidar lo hagan por ser miembros de una familia (principalmente

esposa o hija) sin tener espacio para decidir o para recibir la preparación y apoyo necesario para ejercer su nuevo rol. Investigaciones en las últimas décadas han mostrado de forma clara las consecuencias negativas que experimenta un alto porcentaje de esta población (Taylor-Brown et al., 2014). A continuación, se abordan dos de las más comunes, la sobrecarga y depresión.

6.1. La sobrecarga en cuidadores primarios informales

La primera vez que se mencionó el concepto de sobrecarga fue en la década de 1960, Grad y Sainsbury (1963) se refirieron al coste que tiene para la familia cuidar de pacientes con enfermedad psiquiátrica, en comparación a cuando son hospitalizados. Desde sus inicios el término ha sido impreciso, actualmente continúa siendo considerado poco claro y complejo (Crespo & Rivas, 2015).

Chou et al., (2003) en el recorrido histórico que realizan sobre el concepto de sobrecarga identifican tres momentos distintos según sus dimensiones. Inicialmente se evaluó como un concepto unidimensional, posteriormente como uno bidimensional que incluía a la carga objetiva (la cual se refiere a los acontecimientos, actividades y demandas en relación al familiar enfermo), y a la carga subjetiva (incluye los sentimientos, actitudes y emociones del cuidador), en un tercer momento, el concepto se ha considerado multidimensional (incluye a las dimensiones física, emocional, psicológica, social y económica).

La falta de acuerdos para unificar la definición del concepto se ha visto reflejada en la variedad de instrumentos utilizados para su medición. Yu et al., (2019) encontraron que

existen ciento cinco escalas para medir la sobrecarga. Dentro de los instrumentos, el más comúnmente utilizado y que cuenta con mayor respaldo en investigación es la escala propuesta por Zarit (Yu et al., 2020).

Para la elaboración de la Escala de Sobrecarga de Zarit no se contó con una base teórica, ya que los ítems se seleccionaron con base en la experiencia clínica con cuidadores, sumado a la evidencia aportada por otros estudios. El resultado consiste en una única puntuación, que permite englobar al instrumento dentro de la categoría unidimensional, a pesar de que su contenido incluye diversas áreas frecuentemente mencionadas como problemáticas por los cuidadores, tales como su salud, bienestar psicológico, finanzas, vida social y la relación con el paciente (Zarit, 1980).

Durante décadas, la investigación con CPI ha arrojado correlaciones positivas de la sobrecarga con variables tales como el distrés psicológico, la depresión y ansiedad. Incluso, recientemente Yu et al., (2019) identifican puntajes de corte en la Escala de Sobrecarga de Zarit asociados con un riesgo significativo de padecer depresión.

En la presente investigación la definición utilizada es la de George y Gwyther (1986), quienes se refieren a los problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y financieros que pueden ser experimentados por miembros de la familia que cuidan de adultos mayores discapacitados (p.253). A la definición anterior, se le modifica la última parte, para incluir a cualquier persona con diagnóstico de enfermedad crónica que requiera de cuidados a diario.

En este estudio la sobrecarga es considerada una variable secundaria, debido a que la intervención pretende disminuir los niveles de depresión en CPI. Además, como se deduce

de la definición anteriormente brindada, las dimensiones de la sobrecarga no incluyen únicamente el componente psicológico-emocional, razón por la cual su disminución depende de muchos otros factores, tales como las características del cuidador (salud física, comorbilidad psiquiátrica, estado laboral, tiempo cuidando y apoyo recibido), las características del paciente (tipo de enfermedad, grado de dependencia) y la interacción entre ambos (síntomas psicológicos y conductuales) (Rodríguez et al., 2021).

Su inclusión se justifica a partir de la importancia que históricamente ha tenido la variable sobrecarga dentro de las evaluaciones que se realizan a los cuidadores (Crespo & Rivas, 2015). Evaluarla previo a desarrollar la intervención permite identificar la relación que guarda con los niveles de depresión, y una vez concluida, permite tomar decisiones en cuanto a recomendaciones para los participantes del programa, tales como si se requiere buscar apoyo profesional o de instituciones especializadas.

6.2. La depresión en cuidadores primarios informales

En un país como Estados Unidos 67.5 millones de personas brindan cuidado a un miembro de su familia, mientras que en Europa unos 100 millones (Zabihi et al., 2020). En México 42 millones de personas requieren algún tipo de cuidado, número que se estima va a aumentar en un futuro próximo a causa del envejecimiento poblacional (Altamirano, 2018).

Si bien la labor de ser cuidador(a) puede conllevar experiencias positivas, como la gratificación de apoyar a otra persona (Lin et al., 2012). También, puede llegar a representar una situación de alto estrés. Debido a la naturaleza de los padecimientos crónicos, específicamente la duración y su carácter progresivo, los niveles de estrés pueden mantenerse

por largos períodos, afectando tanto la salud física como psicológica.

Con respecto a la salud psicológica, la depresión es uno de los trastornos más comunes. Alrededor de la mitad de quienes brindan cuidado llegan a cumplir con los síntomas para el diagnóstico de esta enfermedad (Alspaugh et al., 1999; Pinquart & Sörensen, 2003a). En la depresión se relacionan una multitud de variables, desde las genéticas, el género, la condición socioeconómica y los estilos de vida (Pinquart & Sörensen, 2003b). En los estudios realizados con personas cuidadoras, la sobrecarga ha sido una variable que históricamente se ha encontrado correlacionada con la depresión (desde inicios de los años 90 con los aportes de Zarit) (Denno et al., 2013; Kamel et al., 2012; Schulz et al., 1995; Shakya et al., 2017).

Los padecimientos médicos más estudiados en pacientes de CPI han sido las demencias, otros como el cáncer y los accidentes cerebrovasculares han arrojado datos similares en cuanto a tasas de sobrecarga y depresión (Zabihi et al., 2020). Se plantea que, a mayor compromiso en la funcionalidad del paciente, mayor será el tiempo dedicado a las labores de brindar cuidado y menor el tiempo del que se dispone para realizar otras actividades, como las de autocuidado. Dentro de la literatura, ésta es una de las explicaciones otorgadas para comprender las consecuencias negativas asociadas con la labor de cuidado (Braich et al., 2012).

La depresión impacta de manera considerable a quien la padece, al punto de que su funcionalidad puede verse comprometida de manera importante e incluso también su integridad (es conocida la relación entre depresión y suicidio), sin embargo, las consecuencias van más allá. En el caso de personas con comorbilidades, la depresión puede

interferir en la realización de las conductas saludables necesarias para controlar la enfermedad, como tomar la medicación, asistir a control médico o adherirse a estilos de vida saludables (Safren et al., 2008). Otro aspecto que no se puede omitir en el caso de las personas cuidadoras es lo que algunos autores denominan el “contagio emocional”, para describir correlaciones observadas entre la depresión de quien cuida y de quien recibe cuidado (Kuriakose et al., 2017).

Con el fin de comprender el conjunto de aspectos relacionados con la aparición de consecuencias negativas y poder así planear intervenciones eficaces, en las últimas cuatro décadas se han ido desarrollando propuestas teóricas principalmente desde los modelos transaccionales del estrés. Los cuales sugieren que no son los estresores por sí mismos los que explican el impacto negativo en la salud, sino que la presencia de otras variables media esta relación, como el tipo de afrontamiento (Figueiredo, 2017). Los modelos transaccionales más comunes han sido el de Lazarus y Folkman (1984) y el de Pearlin et al., (1990), siendo este último el más utilizado en los estudios con cuidadores, al enfocarse en los niveles macro y contextuales de la labor de ser cuidador (Pearlin et al., 1997).

6.3. Modelo de proceso del estrés y depresión

Modelos como el del proceso del estrés definen la experiencia de ser cuidador como una en la que el individuo se ve sometido a condiciones de estrés durante un largo plazo (Pearlin et al., 1997). Cuatro son los dominios en que se divide el proceso, cada uno conformado por múltiples componentes relacionados entre sí. El primero, corresponde a los antecedentes y al contexto del estrés, incluyendo variables como las características sociodemográficas. Se ha demostrado que el ser mujer, poseer un bajo nivel educativo y

socioeconómico, generalmente predice la aparición de consecuencias negativas (Alspaugh et al., 1999). Se incluye también la historia de la relación entre los que conforman la díada, la composición de la red familiar y la disponibilidad de programas a los que se pueden recurrir en la comunidad (Pearlin et al., 1990).

El segundo componente corresponde a los estresores primarios, los cuales se subdividen en dos: indicadores objetivos e indicadores subjetivos. Los indicadores objetivos hacen referencia a las demandas directas surgidas del brindar cuidado a un paciente. En este campo, tradicionalmente el padecimiento más estudiado ha sido el Alzheimer (Son et al., 2007), aunque también se ha hecho en cáncer (Brazil et al., 2010), VIH (Pearlin et al., 1997) y otros padecimientos crónicos como las enfermedades del hígado (Nguyen et al., 2015). Según la naturaleza de la enfermedad, pueden variar los estresores a los que sea expuesto el cuidador, así, enfermedades que se caracterizan por síntomas cognitivos (Alzheimer) o en aquellas que el curso es impredecible (cáncer), se han asociado con mayor sobrecarga; en contraposición con otros padecimientos como la diabetes (Kim & Schulz, 2008). Entre las variables incluidas en este dominio se encuentra el estado cognitivo, la presencia de problemas de conducta y el grado de dependencia, siendo las dos primeras más afines con padecimientos como el Alzheimer (Pearlin et al., 1990).

El segundo indicador, el subjetivo, tiene que ver con el componente emocional/cognitivo experimentado como consecuencia de los indicadores objetivos. El modelo incluye a la sobrecarga y a la sensación de deprivación que el cuidador experimenta cuando el paciente paulatinamente ve comprometida su funcionalidad, situación que modifica la naturaleza bidireccional y de reciprocidad que caracterizó históricamente a la

relación entre el cuidador y el paciente (Figueiredo, 2017).

El componente de estrés primario por sí mismo no explica las consecuencias negativas experimentadas por los CPI. Como se ha mencionado anteriormente, las consecuencias del estrés no se asocian directamente con la naturaleza del estímulo. Como regla general se puede indicar que, frente a un estímulo estresor “A”, las respuestas de los individuos “uno” y “dos” no serán iguales. Aplicando esta regla al campo que nos atañe, el ser cuidador de un paciente con enfermedad crónica puede producir consecuencias muy distintas según la interrelación de las distintas variables, lo cual permite explicar que para algunos la experiencia conlleve experiencias positivas (Soottipong et al., 2016), para otros negativas (Son et al., 2007). En resumen, el proceso del estrés posee un carácter dinámico (Pearlin et al., 1990).

El modelo de proceso del estrés considera diferentes momentos en el tiempo de la labor de brindar cuidado a un paciente, por lo tanto, la proliferación es una característica esencial. En una situación circunscrita de estrés, como los síntomas de una enfermedad, con el paso del tiempo los estresores se pueden presentar en otros dominios, dando paso a la aparición de estresores secundarios (Pearlin et al., 1997). Piénsese en el impacto que puedan tener la cantidad de horas de cuidado brindado en el tiempo con que dispone el cuidador para atender su propia salud.

Los estresores secundarios, al igual que los primarios, se subdividen en dos: las tensiones del rol y tensiones intrapsíquicas. Los primeros incluyen aquellos ámbitos en los que los estresores primarios pueden impactar con el paso del tiempo, como ocurre con los

conflictos familiares, laborales, problemas económicos y la limitación de la vida social (Pearlin et al., 1990). Mientras que los segundos con el componente cognitivo emocional producido por las tensiones del rol. Este componente principalmente se asocia con el desarrollo del autoconcepto.

La experiencia de brindar cuidado puede impactar en los elementos positivos de cómo se percibe la persona, cuando esto sucede se ha observado un mayor riesgo de padecer depresión (Mausbach et al., 2012). El concepto de *estresor secundario* no hace referencia a que sea menos importante, sino a la tendencia de los problemas de crear más problemas, resultando en una nueva organización de la vida del cuidador y de la forma en que la percibe (Pearlin et al., 1997).

El tercer componente introduce un aspecto característico de los modelos transaccionales, asociado con el rol activo del individuo. Frente a diversos estresores, la relación que establece el individuo con el ambiente va a mediar las consecuencias. Dentro del modelo de Pearlin et al., (1990) se han incluido las variables de afrontamiento y apoyo social como mediadoras de la respuesta de estrés. En este campo, se han identificado estilos de afrontamiento que permiten predecir consecuencias negativas. Uno de ellos ha sido el modelo de restricción de actividades y el estilo de afrontamiento evitativo, pero también los de carácter interpersonal, como el nivel de maestría (creencia de que las circunstancias de la vida se encuentran bajo nuestro control) y de autoeficacia (creencia de que se cuenta con los recursos para afrontar el problema). Estos dos últimos, de naturaleza meramente cognitiva, sumado al estilo de afrontamiento evitativo, han demostrado que tienen un impacto importante en el riesgo de padecer depresión (Mausbach et al., 2012).

La variable de apoyo social, por su parte, también ha sido considerada en el modelo. La ausencia de apoyo social, tanto emocional como instrumental, se ha visto relacionada con los niveles de sobrecarga y de depresión (Meier, 1988; Shakya et al., 2017). Los estudios en este campo permiten comprender que la experiencia de brindar cuidado se extiende más allá del contexto exclusivo del CPI e impacta al resto de la familia, aspecto frecuentemente omitido al conceptualizar la experiencia del cuidador (Figueiredo, 2017; Fisher et al., 2021).

El cuarto componente incluye a los resultados o a las manifestaciones del estrés, que según Pearlin et al., (1990) incluye a la depresión, ansiedad, irascibilidad, alteración cognitiva, salud física y cesión de la labor de cuidado. En resumen, los impactos en la salud se pueden clasificar tanto en el ámbito de la salud física, como en el de la salud psicológica. La investigación de Nguyen et al., (2015) mostró un impacto mayor en la segunda, aunque esto podría deberse a la naturaleza transversal de la mayoría de estudios que podría limitar la observación de consecuencias a nivel físico que pueden aparecer a largo plazo.

A partir de los descubrimientos realizados por el modelo del proceso del estrés se ha dado paso al desarrollo de intervenciones eficaces que se pueden clasificar en dos vías. La primera, relacionada con las facilidades que puede brindar el contexto para que la persona pueda delegar la labor de cuidador, por ejemplo, con el uso de servicios de atención diurnos o con la institucionalización de los pacientes (Kim & Yeom, 2016; Miyawaki et al., 2020).

El otro tipo de intervención, más afín a la desarrollada en este escrito, es la psicosocial. Este tipo de intervenciones parten de la lógica de que el individuo posee algún déficit que le dificulta sobrellevar la situación de estrés, por lo que se persigue el desarrollo

de habilidades que promueven un afrontamiento adaptativo (Figueiredo, 2017). Algunas de las más comunes son aquellas en que el CPI es entrenado para lidiar con los problemas de conducta, especialmente en los estudios de Alzheimer (Teri et al., 2000). También se ha incluido el desarrollo de habilidades en CPI a partir de técnicas cognitivo conductuales, entre las que se encuentran la reestructuración cognitiva (Oliver & Bock, 1990), entrenamiento en asertividad (Meier, 1988), habilidades de relajación (Glueckauf et al., 2012), entrenamiento en solución de problemas (Houts et al., 1996), y el involucramiento en actividades placenteras (Lorig et al., 2012). En el caso particular del tratamiento de la depresión, la TCC ha demostrado ser una intervención eficaz (Vázquez et al., 2018).

La intervención desarrollada en el protocolo de investigación se nutre del modelo del proceso del estrés y del modelo cognitivo de Beck de la depresión. El primero, aporta una comprensión de las variables que pueden explicar el desarrollo de la depresión en cuidadores, como ocurre con los problemas que los CPI experimentan en diferentes áreas de su vida (estresores primarios y secundarios) a lo largo del tiempo. El segundo, es uno de los modelos teóricos que cuenta con mayor evidencia empírica desde la psicología (Márquez-González, 2007) y uno de los tratamientos de primera línea para la depresión (Vázquez et al., 2018).

Los modelos transaccionales del estrés han sido incluidos dentro de intervenciones cognitivo conductuales, como es el caso de la inoculación del estrés desarrollada por Meichenbaum. Un importante antecedente para el protocolo de investigación fue la intervención llevada a cabo por Glueckauf et al., (2012), la cual se sustentó teóricamente a partir del modelo del proceso del estrés, y posteriormente, implementó técnicas de intervención cognitivo conductuales para el abordaje del componente de pensamientos, las

habilidades de solución de problemas y el conocimiento sobre la enfermedad con el fin de reducir los niveles de depresión en CPI. A continuación, se presenta el modelo cognitivo de Beck, del cual se ha derivado uno de los tratamientos basados en la evidencia para la depresión.

6.4. Modelo cognitivo de Beck y la depresión

El procesamiento de la información tanto interna, como externa, puede resultar en maneras de pensar adaptativas o desadaptativas. Las personas que ven comprometida su salud psicológica, como en el caso de la depresión, por lo general presentan una mayor cantidad de pensamientos disfuncionales. Estos pensamientos se definen como reglas, creencias y actitudes que son estables e irreales, acerca del mundo y uno mismo, que como consecuencia obstaculizan el afrontamiento adaptativo ante las demandas del entorno (Losada et al., 2006).

En el desarrollo del sistema cognitivo contribuyen factores de personalidad, genética y experiencias tempranas. En personas cuidadoras, autores como Losada et al., (2010) han estudiado el valor sociocultural del familismo. Las creencias acerca del rol de la familia en el cuidado de un paciente pueden impactar de manera positiva, pero también negativa a la salud. Tomemos el ejemplo de un cuidador que mantiene la siguiente creencia: “La familia está siempre obligada a cuidar del paciente”, en este caso es probable que deje de realizar otras actividades (pasatiempos, compartir con otras personas, entre otras) y se enfoque únicamente en las de brindar cuidado. Del ejemplo descrito se desprende una de las suposiciones básicas del modelo, el sistema cognitivo guía las respuestas emocionales y conductuales (Losada et al., 2006).

Frente a eventos estresantes, como pueden llegar a ser las tareas demandantes y crónicas de ser cuidador, esquemas negativos se activan e influyen en el procesamiento de la información, resultando en sesgos negativos de atención, procesamiento y memoria (Disner et al., 2011). Uno de los esquemas que permite explicar el mantenimiento de la depresión es la tríada cognitiva, conformada por una visión negativa del mundo, de los demás y de sí mismo (Beck, 2020).

En una persona con depresión, a las imágenes y palabras que surgen ante una situación específica se les conoce como pensamientos automáticos, estos representan el nivel más superficial de cognición. Los pensamientos surgen de verdades que se perciben como absolutas, duraderas y profundas, llamadas creencias centrales. Las creencias centrales son ideas acerca de sí mismo, otras personas y del mundo, que por lo general se pueden definir como “así son las cosas”. Son el nivel más profundo del pensamiento y el más difícil de modificar. A partir de estas creencias centrales se establecen actitudes, reglas y suposiciones que reciben el nombre de creencias intermedias (Beck, 2020).

El modelo teórico de Beck para la depresión sirve como guía para la aplicación de la TCC. De manera general, en esta terapia se busca el desarrollo de habilidades cognitivo-conductuales para lidiar con las situaciones difíciles y estresantes que experimentan las personas con depresión (Márquez-González, 2007). En las últimas décadas estas intervenciones se han desarrollado mediante modalidades distintas a la presencial, incluyendo el uso de aplicaciones, llamadas telefónicas, videollamadas y páginas web. El siguiente apartado describe este tipo de intervenciones, al ser la escogida en la presente investigación.

6.5. Las intervenciones psicológicas a través de dispositivos tecnológicos

En los últimos años se ha dado un incremento en el número de intervenciones psicológicas aplicadas a través de dispositivos tecnológicos. Tanto en la modalidad online, mediante smartphones, aplicaciones en tablets o el teléfono se ha brindado entrenamiento, psicoeducación, apoyo psicológico e incluso conformado grupos de apoyo, incluyendo a diversos sectores de la población (Etxeberria et al., 2021).

Al comparar entre intervenciones, frecuentemente se concluye sobre su carácter heterogéneo, siendo una importante limitación para estudiar su eficacia (Gratzer & Khalid Khan, 2016). En el caso de las modalidades, algunas son autoguiadas, otras entrenan a facilitadores como pueden ser pares, o profesionales ajenos a la psicología, mientras que en otras se incluyen a expertos en psicología. También se presentan amplias diferencias según los dispositivos utilizados y el tipo de intervenciones implementadas.

La inclusión de los dispositivos tecnológicos responde a un aumento de su uso para informarse sobre temas de salud. En países como los Estados Unidos, un 80% de la población ha accedido con este fin (Klemm et al., 2014). Además, es conocida la brecha existente en el acceso a tratamientos basados en la evidencia. En países económicamente desarrollados, aproximadamente más del 50% de los pacientes no recibe tratamientos especializados para la depresión, cifra que aumenta en países en vías de desarrollo hasta en un 90% (Atif et al., 2022).

Las intervenciones mediante dispositivos tecnológicos presentan algunas ventajas en comparación a intervenciones cara a cara (Alavi & Omrani, 2019; Etxeberria et al., 2021; Gratzer & Khalid Khan, 2016; Tremont et al., 2015), entre las cuales se encuentran:

- No tener que trasladarse, debido a que las intervenciones son geográficamente independientes. Aspecto que beneficia especialmente a pacientes de zonas rurales.
- Reducir barreras culturales, por ejemplo, en el caso de pacientes migrantes las intervenciones se pueden ajustar a sus propias características sin importar el espacio geográfico en que se encuentren.
- Brinda una opción de tratamiento a pacientes con limitaciones físicas o con diagnóstico psiquiátrico, además de reducir el estigma relacionado con el acceso a servicios de salud mental.
- La privacidad y anonimato pueden facilitar la participación de pacientes introvertidos, o que se encuentren deprimidos.
- Permite al clínico tratar a más pacientes de forma efectiva.
- Las intervenciones consumen menos tiempo y requieren de menos recursos. Se estima que los costos se reducen en aproximadamente un 35%.
- Los horarios son más flexibles en comparación a los de servicios presenciales como los hospitales. Este aspecto puede facilitar la participación de pacientes que se encuentran activos laboralmente.

En el caso específico de cuidadores primarios informales, también se presentan ventajas. Una de ellas es que permite acceder a las intervenciones en el momento más oportuno, ya que los horarios fijos pueden ser una importante barrera considerando la carga de actividades asociadas con ser cuidador. Además, les brinda la posibilidad de acceder desde sus casas. Para algunos cuidadores tener que desplazarse para recibir servicios cara a cara

se dificulta de manera importante cuando no existe otra persona que pueda hacerse cargo de cuidar al paciente (Guay et al., 2017).

Por otra parte, el uso de dispositivos tecnológicos también ha demostrado tener desventajas. Entre las principales según Atif et al., (2022) y Gratzner & Khalid Khan (2016) se encuentran las siguientes:

- Ausencia de un monitoreo directo de cada participante, situación que puede resultar problemática al limitar el establecimiento de relaciones humanas, o al dificultar el ajuste de la terapia con el progreso del paciente.
- Baja adherencia.
- Requiere de acceso a la tecnología. Según datos de las United Nations (Naciones Unidas) (2021) aproximadamente la mitad de la población mundial no cuenta con estos servicios, en su mayoría mujeres y habitantes de países con bajos y medianos ingresos.
- Existe la posibilidad de brindar tratamientos inadecuados basándose en un diagnóstico erróneo, especialmente cuando la evaluación se realiza únicamente con instrumentos de auto-reporte.

Con respecto a la población incluida en las investigaciones realizadas, se indica que los adultos mayores buscan y acceden menos a estas intervenciones, aunque quienes sí lo hacen muestran resultados favorables (Gratzner & Khalid Khan, 2016). En el caso de los cuidadores primarios informales la edad es un factor a considerar, ya que una cantidad amplia pertenece a este grupo etario. Por otra parte, no se recomiendan estas intervenciones en

pacientes gravemente afectados, mayoritariamente se incluyen pacientes que se encuentran en las primeras etapas del padecimiento y que cuenta con apoyo social (Gratzer & Khalid-Khan, 2016).

Como se comentó, elaborar comparaciones entre intervenciones resulta una labor complicada debido al carácter heterogéneo. No obstante, las intervenciones multicomponentes que combinan psicoeducación, el aprendizaje de técnicas psicológicas y habilidades relacionadas con ser cuidador, que incluyen la guía de un profesional junto con el contacto con otros cuidadores, son las que muestran los mejores resultados (Etxeberria et al., 2021; Jackson et al., 2016).

En la presente investigación se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta incluida dentro del planteamiento del problema, para ello se estableció un objetivo general, además de tres específicos.

7. Planteamiento del problema

- ¿Participar en un programa de entrenamiento cognitivo conductual mediante la modalidad en línea reduce los niveles de depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas?

7.1. Objetivo General:

- Evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento cognitivo conductual mediante la modalidad en línea para reducir los niveles de depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas.

7.2. Objetivos específicos:

- Comparar el nivel de depresión antes y después de la intervención.
- Analizar la relación entre las variables de depresión y sobrecarga.
- Identificar el grado de satisfacción de los CPI con la intervención.

8. Justificación de la intervención

En la sociedad actual el rol del CPI se ha vuelto cada vez más frecuente, a la vez que necesario. Esto se debe a distintos factores, uno de ellos el incremento de las enfermedades crónicas que representan un 60% de las muertes a nivel mundial y que se espera aumente en las siguientes décadas debido al envejecimiento paulatino de la población (Rezaie et al., 2020). Un segundo factor, son las modificaciones dentro del sistema de salud hacia un diseño de atención comunitaria en el cual los pacientes son mantenidos la menor cantidad de tiempo en hospitalización (Kim & Schulz, 2008). Por último, en el caso de México y de otros países en vías de desarrollo, las limitaciones económicas que impiden pagar a una persona externa que cumpla con la función de cuidador (Shakya et al., 2017).

Al ejercer como cuidador se asumen numerosas tareas en diferentes ámbitos como el personal, cuando se le ayuda al paciente a preparar alimentos, bañarse, vestirse; pero también en la dimensión emocional y de apoyo social (Denno et al., 2013). Todo esto en la mayoría de las ocasiones sin haber tenido un entrenamiento previo, acompañado de condiciones económicas y de acceso a servicios de salud que pueden complicar el escenario. Ante este panorama no es de extrañarse que en numerosas investigaciones los CPI muestran un impacto negativo en su calidad de vida y en su salud psicológica (Jafari et al., 2018; Rezaie et al.,

2020; Song et al., 2011).

Los CPI muestran altas tasas de sobrecarga, que varían según la naturaleza de la labor de cuidado. La investigación de Rezaie et al., (2020) muestra niveles de carga mayor en cuidadores de pacientes con hemodiálisis y cáncer, en comparación con la diabetes. Los autores explican que esto podría asociarse a la naturaleza de la enfermedad, siendo en el caso de la diabetes, un padecimiento en el que el nivel de dependencia del paciente es menor.

El concepto de sobrecarga del cuidador se ha visto relacionado con mayores posibilidades de padecer algún cuadro clínico como depresión y ansiedad (Denno et al., 2013; Grunfeld et al., 2004; Navarro et al., 2015). En la investigación de Shakya et al., (2017) se observó una correlación positiva significativa entre las variables de sobrecarga y depresión ($r= 0.625$). Las numerosas afectaciones experimentadas por los CPI han ocasionado que desde diversas disciplinas de la salud se les denomine como el paciente oculto, frecuentemente ignorado.

Entre las afectaciones emocionales que pueden experimentar los CPI, la depresión es una de las más comunes. Para los servicios de salud se convierte en una problemática a abordar, tanto por las implicaciones en el CPI, reflejadas en un aumento en las visitas médicas y en los días de incapacidad (Meng et al., 2021); pero también, en la calidad del cuidado brindado al paciente. La presencia de depresión en el CPI puede reducir el tiempo requerido para la institucionalización del paciente (Mittelman et al., 2006), situación que representa un aumento en los costos para el sistema de salud. Por último, es común que los CPI cuenten con algún diagnóstico de enfermedad crónica. Se ha demostrado que la depresión puede

impactar en la adherencia al tratamiento (Safren et al., 2008), llegando a afectar la salud al grado de requerir cuidados diarios en un futuro próximo, situación que puede transformar a quien cuida en un nuevo paciente.

Frente a las necesidades experimentadas por los CPI en el campo de la salud mental existe una amplia brecha con los servicios de atención requeridos. Limitaciones en cuanto a la disponibilidad de intervenciones basadas en evidencia, se suman a algunas de carácter personal, como el estigma percibido hacia recibir atención psicológica, dificultades de carácter económico e incluso de transporte para acudir a las sesiones (Glueckauf et al., 2012; Nakash et al., 2014).

En los últimos años, para sortear las barreras mencionadas se ha hecho uso de las herramientas tecnológicas disponibles como el teléfono, plataformas para compartir información entre usuarios, páginas web con material de carácter psicoeducativo, e incluso aplicaciones para teléfonos móviles (Hawkes et al., 2013; Kajiyama et al., 2013). Estas herramientas han mostrado efectividad similar y otras veces superior, al compararse con intervenciones cara a cara (Alavi et al., 2018; Alavi & Omrani, 2019).

El cuerpo de evidencia recolectado en la última década plantea un escenario en el que la psicología y la medicina conductual (MC) han tenido que incursionar en nuevos campos para lograr responder a las necesidades de la población. Actualmente, en el contexto de la pandemia por la COVID-19 los cambios se han presentado de forma todavía más abrupta, ya que las restricciones relacionadas con el distanciamiento físico han abierto las puertas a todas aquellas intervenciones hechas a distancia.

Este tipo de intervenciones a distancia pueden desarrollarse desde la modalidad sincrónica o asincrónica. En la presente investigación ambas modalidades fueron empleadas. Por una parte, la escasa participación del terapeuta es un factor asociado con el abandono al tratamiento (López & Crespo, 2007), por otra, la depresión se relaciona con afectaciones en la motivación, estos dos puntos hacen pensar que un tratamiento para la depresión exclusivamente mediante la modalidad asincrónica es poco viable. Por este motivo, la intervención consistió en reuniones grupales de manera sincrónica, en conjunto con proporcionar recursos psicoeducativos e informativos a través de materiales presentados en las páginas web.

Graven et al., (2021) en su revisión sistemática indican que la psicoeducación y los recursos informativos han sido utilizados en altos porcentajes en conjunto con intervenciones telefónicas (61%), telefónica combinada con intervenciones en la web (79%) e intervenciones en la web (90%). Los resultados obtenidos aportan evidencia favorable en cuanto a variables psicosociales y emocionales en CPI. Los datos anteriores respaldan la inclusión del componente asincrónico.

Dentro del contexto latinoamericano las intervenciones mediante dispositivos tecnológicos han sido prácticamente nulas. Los antecedentes que existen en México sobre intervenciones con CPI se limitan a la modalidad presencial, algunos de estos son: Efectos de una intervención de sesión única sobre la ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales (Vera et al., 2016), Carga en Cuidadores Primarios Informales de Niños con Cáncer: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual (Pardo et al., 2012). En la modalidad tesis, a nivel de licenciatura: Terapia Breve Resolución de Problemas;

Intervención en el Cuidador Primario Informal (Morales, 2017). La propuesta de trabajo que se presenta se considera una de las primeras dentro del contexto Latinoamericano, al trabajar con cuidadores primarios de pacientes con enfermedad crónica mediante la modalidad virtual a distancia, tanto de manera sincrónica como asincrónica.

9. Método

9.1. Tipo de estudio:

Según Ato et al., (2013) en la estrategia manipulativa “se persigue analizar la relación causal existente (hipótesis causales) entre dos o más variables” (p.1042). Dentro de esta estrategia se encuentran los estudios cuasiexperimentales, en los cuales al menos una variable es manipulada y los participantes no se asignan al azar. Una de las formas de comparar los datos es la longitudinal (intrasujetos o entre medidas múltiples).

A partir de la clasificación realizada por Ato et al., (2013) el presente estudio se clasifica dentro de la estrategia manipulativa, el tipo de estudio seleccionado es cuasiexperimental, preexperimental, con comparación longitudinal.

9.2. Diseño: Pre-test y post-test con un solo grupo.

9.3. Muestreo: No probabilístico.

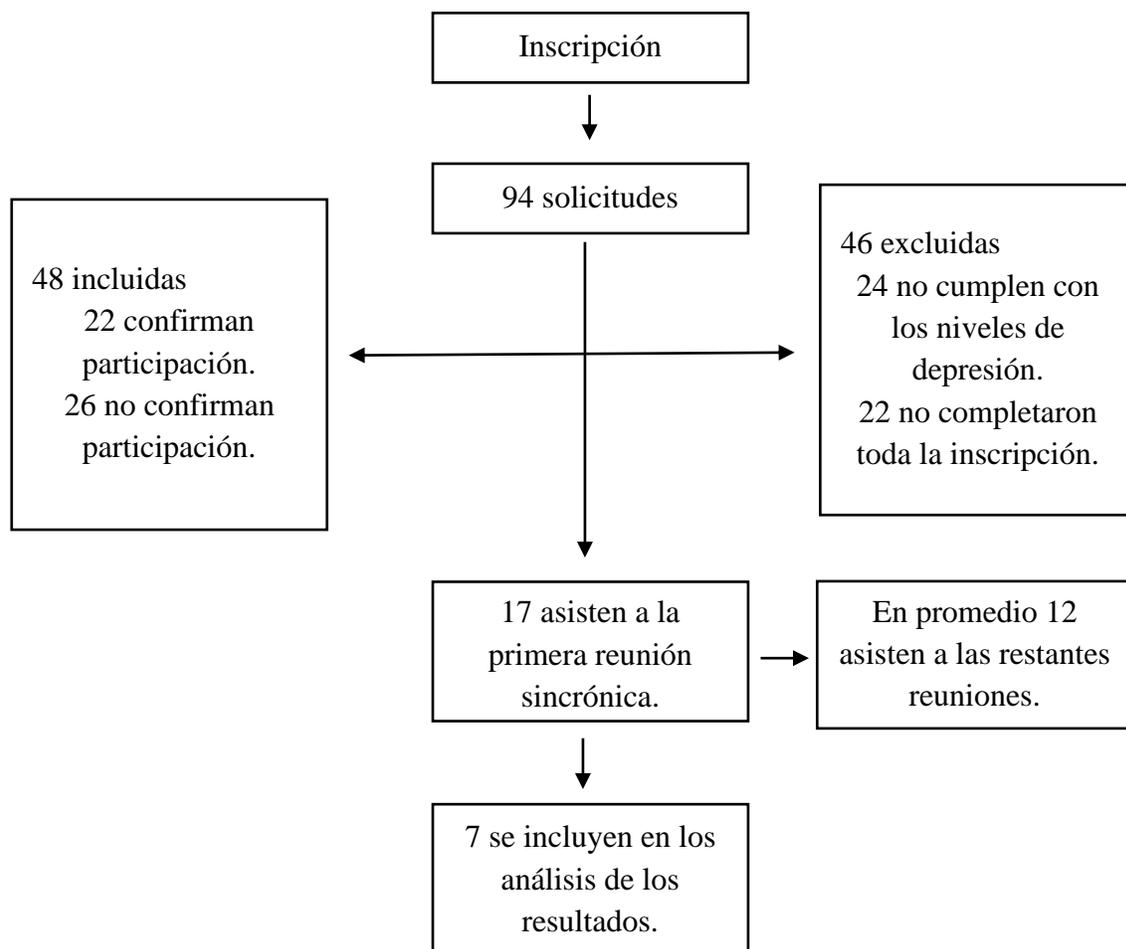
9.4. Participantes:

Una vez anunciado el programa a través de redes sociales se recibieron un total de noventa y cuatro solicitudes, de las cuales cuarenta y ocho cumplieron con los criterios para

participar en el programa. Las restantes se encontraban incompletas, o no cumplían con los niveles de depresión requeridos. El contacto con los participantes se estableció por medio de correo electrónico. Del total elegibles, veintidós confirmaron su participación. Para la primera reunión sincrónica se contó con la participación de diecisiete CPI, cifra que disminuyó en las restantes semanas a un promedio de doce. Al finalizar la intervención un total de siete participantes respondieron las evaluaciones pre y post. En la Figura 8 se presenta el flujo de participantes a lo largo del estudio.

Figura 8.

Flujo de los participantes a lo largo del estudio



De los siete participantes incluidos en el estudio, la muestra se conformó por 5 mujeres (71.4%) y 2 hombres (28.6%), con un rango de edad entre los 31 y 64 años (media de 48.4 años y desviación estándar de 10.72). La nacionalidad de los participantes fue mexicana (n=6) y costarricense (n=1). El 100% completó la escolaridad básica. Entre las ocupaciones, un 42.9% es ama de casa, mientras que un 57.1% es profesionalista. Los ingresos económicos oscilan entre los mil y tres mil pesos mexicanos (n=1), cuatro mil y seis mil pesos (n=1), siete mil y diez mil pesos (n=3) y más de 10 mil pesos al mes (n=1); para la participante costarricense entre los doscientos mil y quinientos mil colones (equivalente a 6599–16497 pesos). Con respecto al estado civil, la distribución fue la siguiente: casado/a (n=1), divorciado/a (n=4), soltero/a (n=2).

Para formar parte de la intervención se debió cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

9.5. Criterios de inclusión:

- Ser cuidador primario informal de un paciente con enfermedad crónica, con mínimo un mes de haber asumido el rol.
- Cumplir con puntajes de depresión en el BDI en un rango de 11 a 29.
- Ser mayor de 18 años.
- Saber leer y escribir.

De manera simultánea, no presentar los siguientes criterios de exclusión:

9.6. Criterios de exclusión:

- No contar con dispositivo tecnológico, ni con acceso a internet.

- Presencia de ideación suicida.
- Recibir otro tipo de atención psicológica.
- Contar con historial de enfermedad psiquiátrica (ejemplo: diagnóstico de esquizofrenia, bipolaridad).

Incluso cuando se cumplieran con los criterios anteriores, un lapso de dos semanas consecutivas sin participar en las reuniones grupales se consideró un criterio de eliminación.

9.7. Definición de variables

9.7.1. Variable independiente:

Programa de entrenamiento cognitivo conductual mediante la modalidad en línea, compuesto por cuatro módulos: psicoeducación, planificación de actividades, solución de problemas y terapia cognitiva.

A continuación, se describen cada uno de los componentes y se incluye evidencia que respalda su aplicación en CPI con depresión.

9.7.1.1. Psicoeducación

En determinadas situaciones los comportamientos saludables pueden verse inhibidos debido a una ausencia de conocimientos acerca de la enfermedad. Brindar información y orientar sobre cómo actuar ante determinada situación puede promover una mayor adaptación del paciente y de su red de apoyo, incluyendo en este caso a la figura del CPI. Estos ajustes se logran mediante la modificación de actitudes y conductas (Gavino, 2000).

En sus inicios, la psicoeducación se empleó en el tratamiento de pacientes con

esquizofrenia. Posteriormente se extendió a múltiples escenarios, entre ellos el de las enfermedades crónicas. En el meta-análisis realizado por Zhao et al., (2015) las intervenciones incluidas se llevaron a cabo en formato individual o grupal, incluyendo únicamente al paciente o también a los familiares. La duración varió entre una y ocho sesiones, siendo el amplio número de módulos una limitación. Los resultados indican que existe evidencia moderada del aumento de la adherencia al tratamiento y en la disminución del número de recaídas. Existe evidencia menos fuerte del aumento en los conocimientos acerca del padecimiento, mejoras en el estado global, mejoramiento de la calidad de vida y de la disminución en la incidencia y severidad de la depresión y ansiedad.

En el caso de la depresión Tursi et al., (2013) desarrollaron una revisión sistemática con un total de quince ensayos controlados aleatorizados. La psicoeducación se consideró una alternativa de tratamiento psicosocial, la cual, mediante el desarrollo de conocimientos sobre la depresión proporciona herramientas para lidiar de mejor manera con el padecimiento. Las modalidades de intervención fueron variadas, se desarrollaron tanto a nivel individual como grupal, se incluyeron a familiares (especialmente en las más recientes), en unos casos se realizó de manera presencial, mientras en otros a distancia. A pesar de las diferencias entre investigaciones, la efectividad de la psicoeducación es un consenso.

9.7.1.2. Planificación de actividades

El origen de planificar actividades en la psicoterapia se encuentra en el abordaje de la depresión realizado por terapeutas de la conducta en la década de 1970, tales como Charles B. Fester y Peter M. Lewinsohn. Basándose en los principios del condicionamiento operante, la depresión fue explicada a partir del refuerzo de la conducta depresiva, en conjunto con la

ausencia de reforzamiento y la presencia de castigo dirigido hacia conductas alternativas más saludables (Hopko et al., 2003).

Con la aparición de la segunda ola, y de la TCC, estos modelos fueron considerados insuficientes para abordar la depresión. No obstante, se siguieron incluyendo en las etapas iniciales de terapias como la cognitiva de Beck. Desde el modelo cognitivo de la depresión, la planificación de actividades funciona como antesala para la modificación del pensamiento, siendo este último el que explica los resultados obtenidos en la terapia (Martell et al., 2013).

La evidencia obtenida a partir de los noventas desafía al modelo cognitivo. Algunas investigaciones han demostrado que la cognición puede ser modificada tanto a través de manipulaciones basadas en el ambiente, como de tipo cognitivo. Por ejemplo, una importante parte de los beneficios de la TCC se experimentan durante las primeras sesiones que, por lo general, corresponden con la planificación de actividades (manipulación basada en el ambiente).

La planificación de actividades ha sido un componente común dentro de las intervenciones cognitivo conductuales en cuidadores primarios informales con depresión. Vázquez et al., (2016) en su intervención con CPI, desarrollaron un programa multicomponente a lo largo de cinco semanas. La planificación de actividades fue incluida en la segunda semana, con el fin de que los participantes identificaran la relación entre sus actividades y el estado de ánimo, y de que aumentaran sus actividades de agrado. Los resultados obtenidos un año después, muestran que la incidencia de la depresión fue significativamente menor en el grupo de intervención (3.4% grupo de intervención vs 22.0% grupo control).

Vásquez et al., (2020) conformaron tres grupos. En el primero, se desarrolló una intervención multicomponente (psicoeducación, técnicas de respiración, planificación de actividades, técnicas cognitivas y comunicación asertiva), en el segundo, se omitió el componente de las técnicas cognitivas, mientras en el tercero, los participantes no recibieron intervención, aunque se les permitió acceder a cualquier otro tratamiento psicológico o psiquiátrico. Los resultados obtenidos indican que ambas intervenciones son igualmente efectivas para prevenir la ocurrencia de nuevos casos de depresión mayor y en la reducción de los síntomas.

9.7.1.3. Terapia cognitiva

En la década de los sesenta Aaron Beck, quien había sido formado dentro de una tradición psicoanalítica, comienza a formular su teoría de la depresión. En sus investigaciones observó que la hipótesis freudiana, según la cual el paciente con depresión dirige hostilidad hacia sí mismo, no se ajustaba a los resultados obtenidos. Por otra parte, al analizar los reportes verbales de sus pacientes acerca de los beneficios de la terapia, notó que comúnmente se referían a cambios en cuanto a un pensamiento más ajustado con la realidad. (Beck & Dozois, 2015).

A partir de estas observaciones Beck plantea que las distorsiones en el procesamiento de la información juegan un papel central en la psicopatología. En el caso de la depresión, los pensamientos negativos se pueden clasificar en lo que se conoce como la tríada cognitiva (del mundo, del futuro y de sí mismo). A partir de esta formulación, la tarea del terapeuta consiste en entrenar al paciente para que sea capaz de reportar sus pensamientos distorsionados, examinar la veracidad de los pensamientos, y probar la validez del sistema

de creencias (DeRubeis et al., 2019).

Para cumplir con la tarea anterior, el o la terapeuta dispone tanto de técnicas conductuales como la planificación de actividades (componente incluido dentro de la intervención desarrollada en este estudio) y los experimentos conductuales, como de técnicas cognitivas tales como el uso de autorregistros del pensamiento, el debate socrático, la flecha descendente, entre otras. Todo esto, dentro de un ambiente de empirismo colaborativo en el cual terapeuta y paciente trabajan de forma conjunta (Beck, 2021).

Con respecto a las técnicas cognitivas, la modificación de pensamientos es reconocida como un importante mecanismo a través del cual las intervenciones cognitivo conductuales impactan en el bienestar de los cuidadores (Losada et al., 2010). Losada et al., (2006) han reportado correlaciones positivas entre las variables de depresión y pensamientos disfuncionales en CPI. Se plantea que estos pensamientos pueden actuar como barreras para un afrontamiento adecuado, en especial cuando las situaciones estresantes impiden que el cuidador responda efectivamente a sus creencias rígidas o poco realistas.

Márquez-González et al., (2007) llevaron a cabo una intervención cognitivo conductual en cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia, en la cual el foco principal fue la modificación de los pensamientos disfuncionales. Los resultados muestran que la intervención fue efectiva en la reducción de la sintomatología depresiva y de los pensamientos disfuncionales, actuando estos últimos como mediadores entre la intervención y la sintomatología.

9.7.1.4. Solución de problemas (SP)

La SP parte del principio de que, en mayor o menor medida, la vida presenta situaciones problemáticas ante las cuales los individuos responden con las habilidades de las que disponen. Desde la época antes de Cristo, Aristóteles destacaba la sabiduría práctica, la prudencia en el juicio (logos) y la acción en el mundo real (praxis) como elevadas virtudes. En el campo de la psicología, fue hasta mediados del siglo XX cuando D'Zurilla y Goldfried (1971) la introdujeron en su artículo *Problem Solving and Behavior Modification* (Chang et al., 2004).

La técnica postula que el malestar psicológico se asocia con la puesta en práctica de estrategias inefectivas y no necesariamente con rasgos de anormalidad, como afirman otras disciplinas (D'Zurilla & Goldfried, 1971). Tomando en cuenta la relación negativa entre habilidades de SP y malestar psicológico, se considera su entrenamiento como una intervención terapéutica viable. En la actualidad, esta técnica ha demostrado su eficacia en múltiples campos de la salud como la depresión, ansiedad, cáncer, diabetes, trastorno de estrés postraumático, hipertensión, enfermedades del corazón (Nezu et al., 2013).

Como modelo terapéutico la SP define dos objetivos principales, el primero, busca el incremento de una visión adaptativa acerca del mundo y de los problemas, mediante el primer paso de la técnica, conocida como orientación hacia el problema. El segundo, se relaciona con la implementación efectiva de conductas específicas, y corresponde con los restantes pasos: definición de la problemática, generación de alternativas, evaluación, e implementación (Chang et al., 2004; Nezu et al., 2013).

A partir del modelo de solución de problemas se han desarrollado intervenciones con

cuidadores primarios informales para el tratamiento de la depresión. Vázquez et al., (2010) entrenaron a cuidadores para que resolvieran de forma racional y sistemática todo tipo de problemas, independientemente de si estaban o no relacionados con los cuidados del paciente. A lo largo de cinco sesiones aplicaron los pasos de la técnica (orientación hacia el problema, definición del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión y aplicación y verificación de la solución escogida). Los resultados muestran una disminución en la orientación negativa hacia el problema, los estilos impulsivo y evitativo como modo de afrontamiento; mientras un aumento en el proceso de toma de decisiones y de implementación y verificación de la solución. Los niveles de depresión se redujeron de forma significativa.

López et al., (2020) replicaron el protocolo de Vázquez et al., (2010) con una muestra mayor (n=179) e incluyeron un grupo control. El objetivo fue analizar el impacto de la intervención a lo largo de ocho años. Los resultados evidencian una disminución de la sintomatología, la cual se mantuvo en el tiempo. No obstante, la incidencia de la depresión ocho años después fue similar en ambos grupos.

Una vez desarrollados los componentes del programa cognitivo conductual, definida como la variable independiente, se proceden a definir tanto conceptualmente, como operacionalmente las variables dependientes, siendo la depresión la variable primaria que se buscó reducir, mientras la sobrecarga una de carácter secundario, de interés especialmente para conocer su relación con la variable primaria.

9.7.2. Variable dependiente: Depresión mayor (primaria) y sobrecarga del cuidador (secundaria).

9.7.2.1. Depresión mayor

Definición conceptual: La depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por un episodio único o recurrente de episodios depresivos en ausencia de síntomas maníacos o hipomaníacos. Para su diagnóstico se requiere la presencia de uno de los siguientes dos síntomas: a) estado de ánimo deprimido, b) pérdida de interés. Los síntomas se presentan durante la mayoría del tiempo, por un mínimo de dos semanas, y representan un cambio en el nivel de funcionamiento habitual según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales 5th ed. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Desde la TCC, en el modelo de Beck, la depresión está conformada por la interrelación de los siguientes componentes: estado de ánimo, conducta, respuestas fisiológicas, eventos del ambiente y pensamientos (Gilson et al., 2009).

Definición operacional: Puntuaciones en la Segunda versión del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II):

- *Mínimo* (0-13)
- *Leve* (14-19)
- *Moderado* (20-28)
- *Severo* (29-63)

9.7.2.2. Sobrecarga del cuidador

Definición conceptual: En la presente investigación la definición utilizada es una

modificación de la propuesta por George y Gwyther (1986), quienes se refieren a “los problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y financieros que pueden ser experimentados por miembros de la familia que cuidan de adultos mayores discapacitados” (p.253). A la definición anterior, se le modifica la última parte, para incluir a cualquier persona con diagnóstico de enfermedad crónica que requiera de cuidados diario.

Definición operacional: Puntuaciones en la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Zarit):

- *Sin sobrecarga* (≤ 46)

- *Sobrecarga leve* (47-55)

- *Sobrecarga intensa* (≥ 56)

10. Instrumentos

Los siguientes instrumentos fueron utilizados para recolectar información relacionada con variables sociodemográficas de los CPI, las variables dependientes del estudio depresión (primaria) y sobrecarga (secundaria), y el grado de satisfacción con el tratamiento recibido.

10.1. Encuesta de salud del Cuidador Primario Informal (ES-CPI)

Diseñado por Ramos del Río et al., en 2006 (Alpuche, 2007). Se trata de una encuesta conformada por 73 ítems, la cual incluye preguntas que se organizan en los siguientes cinco apartados: I. Características sociodemográficas, II. Cuidado del paciente, III. Apoyo Social Percibido, IV. Prácticas preventivas de salud, V. Percepción de salud. En la presente investigación se hizo uso únicamente de los primeros tres apartados (número de ítems= 1-

28), y se agregó una pregunta para identificar la presencia de un diagnóstico de esquizofrenia/bipolaridad.

10.2. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Z)

Elaborada en 1980 por Zarit et al., para determinar la sobrecarga del cuidador. Traducida y adaptada al español en 1996 por Carrasco. Se encuentra conformada por 22 ítems, con un rango de respuesta del 0 (nunca) al 4 (casi siempre), que sumados brindan un puntaje único del 0 al 88. Un puntaje igual o menor a 46 indica la ausencia de sobrecarga, entre 47 y 55 una sobrecarga leve, mayor o igual a 56 una sobrecarga intensa.

En la investigación realizada por Alpuche et al., (2008) con 141 CPI en México, la escala de sobrecarga del cuidador presentó una consistencia interna adecuada ($\alpha=.90$), una adecuada validez concurrente al obtenerse correlaciones entre el cuestionario general de salud y la percepción de carga, así como una adecuada validez de constructo al encontrar asociación positiva y significativa con el cuestionario de percepción de estrés.

10.3. Segunda versión del Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Elaborada en 1996 por Beck et al., para evaluar un amplio cúmulo de síntomas depresivos en adultos y adolescentes mayores de 13 años según los criterios del DSM-IV. Se encuentra conformada por 21 ítems, con opciones de respuesta del 0 al 3, en los que los síntomas se clasifican según su severidad. Los primeros 14 ítems conforman el factor afectivo- cognitivo y los restantes el somático. Un puntaje del 0 al 13 corresponde a un nivel mínimo de depresión, de 14-19 leve, de 20-28 moderado y de 29-63 severo.

En un estudio realizado por González et al., (2015) con población mexicana, el BDI presentó una consistencia interna adecuada ($\alpha=.87$), y una adecuada validez convergente con la escala de depresión del HADS.

10.4. Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)

Adaptada al español por Feixas et al., (2012), compuesta por cuatro ítems clasificados en tres componentes ($\alpha=.63$): A. Satisfacción (ítem 1), B. Solución de Problemas (ítem 2), C. Percepción del cambio del estado emocional (ítems 3 y 4). La puntuación global se ubica en un rango del 0 a los 300 puntos, un puntaje más alto indica mayor satisfacción y percepción de efectividad de la terapia por parte del paciente. Dentro del contexto mexicano ha sido utilizado por Fonseca et al., (2021), en el estudio denominado “Impacto de la telepsicología en la satisfacción de la atención a pacientes con Covid-19”.

11. Procedimiento general

El período de inscripción se habilitó del 23/8/2022 al 10/9/2022. La divulgación del programa se realizó principalmente a través de la plataforma Facebook, en diversas páginas: perfil personal de psicología, Residencia en Medicina Conductual, FES Iztacala, UNAM; CREAS Iztacala, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Los participantes completaron en la página principal del programa los instrumentos ES-CPI, Zarit y BDI-II. Posteriormente, se les envió un correo electrónico especificando que cumplieran con los requisitos para participar en el programa y solicitando que completaran el consentimiento informado. Dos días antes de la primera reunión sincrónica se conformó un grupo de WhatsApp, en el cual se compartió el acceso al primer módulo del programa con

quienes respondieron al consentimiento informado (n=22).

La intervención se llevó a cabo en las modalidades asincrónica y sincrónica. La asincrónica consistió en distintas páginas web, una por módulo, en las cuales los participantes podían acceder y revisar los materiales. Se incluyeron guías, audios, videos y hojas de trabajo, elaboradas por el investigador principal y supervisados por cuatro psicólogos, dos con grado de doctorado y dos con grado de maestría. En la Tabla 3 se pueden observar las técnicas, temáticas principales, semanas dedicadas a cada módulo y los links de acceso.

Tabla 3*Descripción de los componentes de la intervención en modalidad asincrónica*

Módulo	Semana	Temas principales	Link de acceso
Psicoeducación	1	-Manifestaciones de la depresión. -Causas de la depresión. -Modelo cognitivo conductual de la depresión. -Registro diario de los niveles de depresión.	https://sites.google.com/izt-acala.unam.mx/yo-tambien-me-cuido-modulo-1/m%C3%B3dulo-1
Planificación de actividades	2, 3, 4	-Inactividad y depresión. -Registro diario de actividades. -Planificación de actividades elegidas. -Refuerzo positivo.	https://sites.google.com/izt-acala.unam.mx/yo-tambien-me-cuido-modulo-2/m%C3%B3dulo-2
Solución de problemas	5	-Definición del problema. -Alternativas de solución. -Evaluación de alternativas. -Implementación de las alternativas seleccionadas. -Evaluación de los resultados obtenidos tras aplicar las alternativas.	https://sites.google.com/izt-acala.unam.mx/yo-tambien-me-cuido-modulo-3/m%C3%B3dulo-3
Terapia cognitiva	6, 7	-Psicoeducación del modelo cognitivo, tríada cognitiva y distorsiones cognitivas. -Identificación de pensamientos distorsionados. -Debate de pensamientos distorsionados.	https://sites.google.com/izt-acala.unam.mx/yo-tambien-me-cuido-modulo-4/m%C3%B3dulo-4

La intervención asincrónica se estructuró para que fuera auto aplicada y para que los participantes pudieran revisar los materiales a su propio ritmo. Los diferentes recursos se encuentran presentados en un orden específico, que va de lo más simple a lo complejo. Días antes a las reuniones sincrónica se compartieron con el fin de que los participantes estuvieran familiarizados con las técnicas.

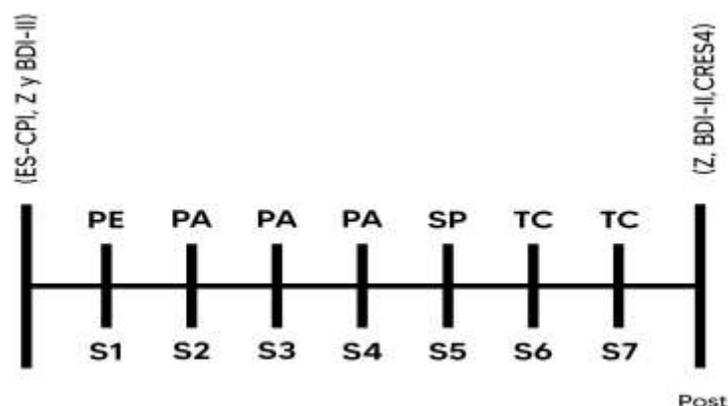
En el caso de la modalidad sincrónica, se llevaron a cabo siete reuniones grupales, con frecuencia semanal y de una duración aproximada de dos horas. Todas siguieron el mismo formato, los primeros veinte minutos se brindó el espacio para plantear dudas con respecto a los contenidos y compartir experiencias con otros cuidadores acerca de sus labores, durante aproximadamente cincuenta minutos se revisó información relacionada con las técnicas, mientras que los últimos cincuenta minutos se realizaron actividades que permitieran la puesta en práctica de las técnicas y se asignó una tarea para la semana.

De la sesión número dos en adelante, dos días previo a la reunión sincrónica, el psicólogo encargado de implementar el programa revisó las asignaciones semanales y brindó retroalimentación personalizada mediante correo electrónico.

Una vez desarrollados todos los módulos, los participantes respondieron nuevamente los instrumentos de Zarit y BDI-II, y como nueva medida la CRES-4. En la Figura 9 se muestra la línea del tiempo del procedimiento general.

Figura 9

Línea del tiempo del procedimiento general



Nota. ES-CPI= Encuesta de salud del Cuidador Primario Informal; Z= Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit; BDI-II= Segunda Versión del Inventario de Depresión de Beck; PE=Psicoeducación; PA=Planificación de Actividades; SP=Solución de Problemas; TC=Terapia Cognitiva; S1=Semana 1; S2=Semana 2; S3=Semana 3; S4=Semana 4; S5=Semana 5; S6=Semana 6; S7=Semana 7; CRES-4= Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido.

12. Resultados

El apartado de resultados se encuentra conformada por dos secciones. Inicialmente, se incluye un análisis descriptivo de variables sociodemográficas que permiten tener un perfil de los CPI incluidos en el estudio. En un segundo apartado, se incluyen los resultados de las mediciones pre-test y post-test de la variable depresión, en conjunto con el nivel de satisfacción reportado; adicionalmente, se incluye un análisis de la variable sobrecarga. Esta segunda parte responde directamente a los objetivos del estudio.

12.1. Análisis descriptivo de variables sociodemográficas de los CPI

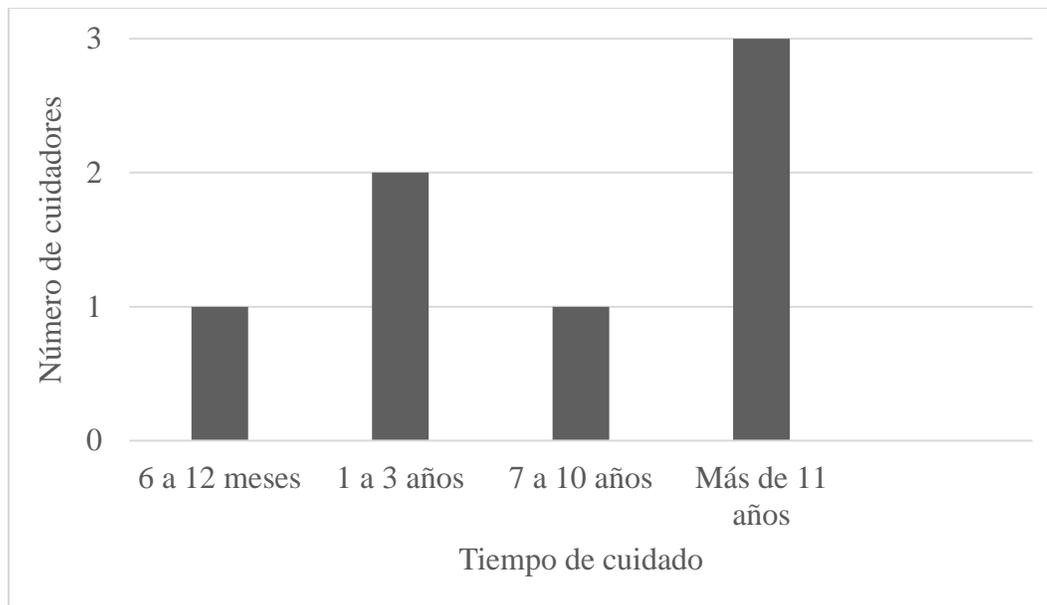
El 42.9% de los participantes del programa indicaron que durante los últimos seis meses se dedicaron principalmente a cuidar del paciente, otro 42.9% a trabajar fuera de casa, y en un caso, a las labores del hogar. Seis de los participantes viven en la misma casa del paciente, mientras que uno no. Acerca del número de pacientes a cargo, cinco cuidan de uno solo, mientras que los dos restantes lo hacen de díadas.

Los pacientes a quienes se brindan cuidados se encuentran en un rango de edad entre los 34-89 años (media de edad 68 y desviación estándar de 19.22). Los diagnósticos de enfermedad varían, encontrándose los siguientes: neuralgia del trigémino, diabetes mellitus y accidente cerebrovascular, radiculopatía bilateral postraumática con hernia y daño en T3, T4, L4, L5 y S1, estenosis aortica y angina de pecho, diabetes mellitus con hipertensión y pérdida de la memoria, cáncer de hígado y diabetes mellitus (uno de los participantes no reportó la enfermedad padecida por el paciente).

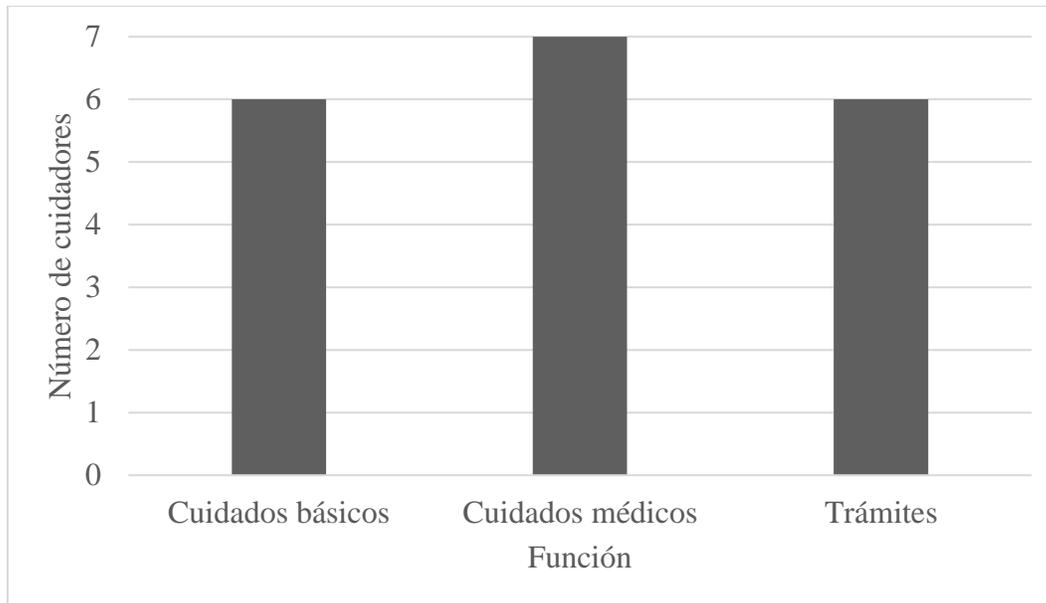
El 100% de los participantes se identifica como familiar del paciente. Con respecto al tiempo que han dedicado al cuidado, un 57.2% lo han hecho durante más de 7 años, como puede verse en la Figura 10.

Figura 10

Tiempo cuidando del paciente



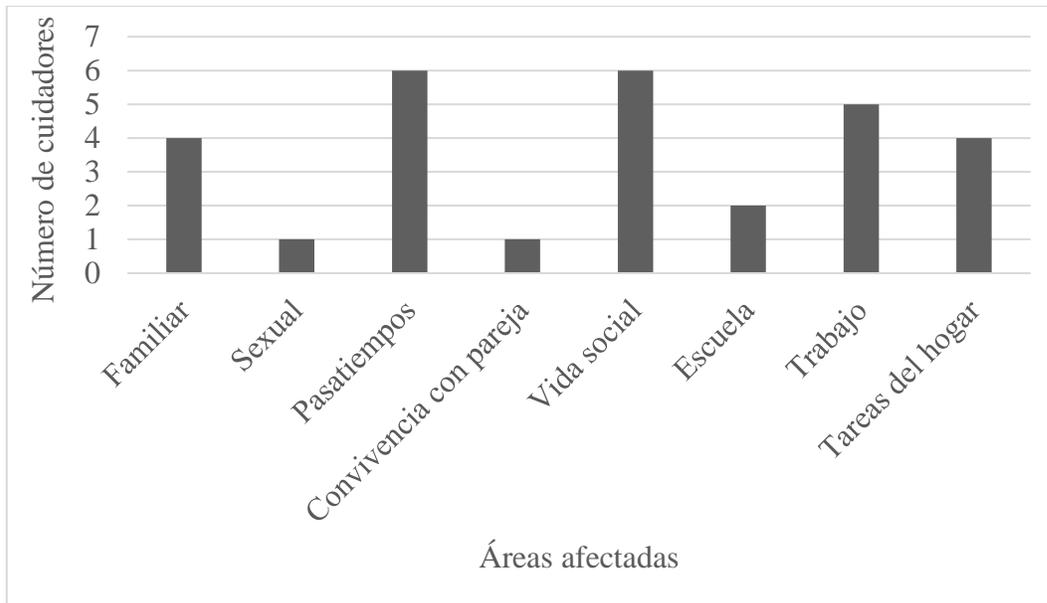
El 57% de los participantes cuidan de sus pacientes entre 1-5 horas, un 28% entre 6-8 horas y un 14% entre 12-24 horas. Durante ese tiempo, cada uno desempeña distintas funciones relacionadas con el rol de cuidador, las cuales pueden observarse en la Figura 11.

Figura 11*Principales funciones del CPI*

Nota. La categoría cuidados básicos incluye actividades como bañar, alimentar, vestir, cargar y transportar. La de cuidados médicos incluye acompañar a citas y dar medicamentos.

Únicamente dos de los cuidadores reportan haber recibido algún tipo de capacitación por parte del equipo de salud acerca de la enfermedad, tipo de cuidado, y procedimientos a llevar a cabo con el paciente. Ninguno recibió información por parte del equipo de salud sobre lo que implica ser un cuidador, ni de cómo cuidar de su propia salud.

Los participantes del programa señalan afectaciones en distintas áreas de su vida personal desde que asumieron como cuidadores, las cuales se pueden observar en la Figura 12.

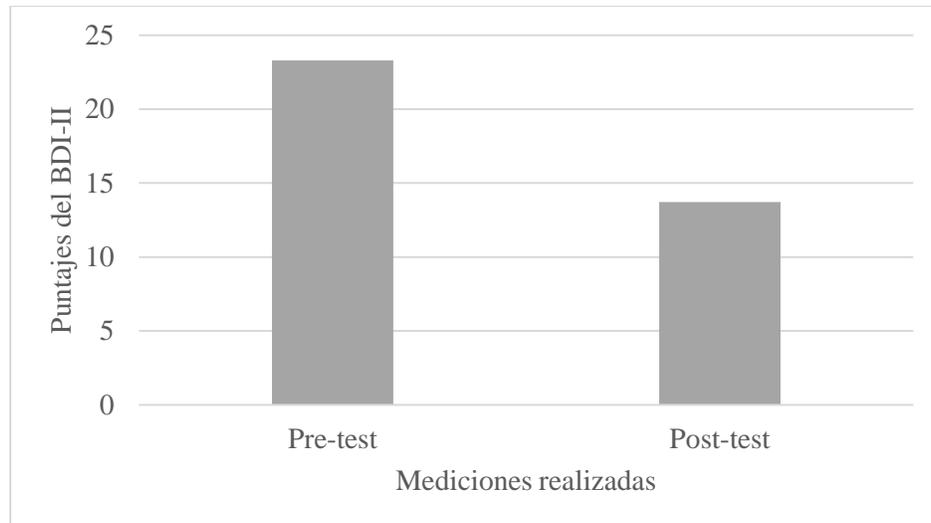
Figura 12*Áreas de la vida afectadas en los CPI*

12.2. Datos de las mediciones del BDI-II, Zarit y CRES-4

Tras haber realizado el programa de intervención cognitivo conductual se observó una disminución en los puntajes de depresión (véase la Figura 13). La media obtenida de los puntajes pre-test fue de 23.29, con una desviación estándar de 6.90; mientras que la media post-test fue de 13.71, con una desviación estándar de 12.79. Se aplicó la prueba de rangos con signos de Wilcoxon para comparar la variable depresión antes y después, los resultados muestran diferencias no significativas ($p > .05$), por lo que los cambios observados en la variable depresión se deben tomar con cautela. Se considera que el tamaño reducido de la muestra ($n=7$), pudo ser una limitación al momento de rechazar la hipótesis nula.

Figura 13

Puntajes del BDI-II antes y después de la intervención



Nota. La media de los puntajes pre-test corresponde con un nivel de depresión moderada, una vez realizada la intervención cognitivo conductual la media de los puntajes post-test corresponde con un nivel leve.

Con el propósito de comparar las medidas del BDI-II, respecto de la evaluación inicial y final se empleó la fórmula propuesta por Cardiel (1994) para el cambio clínico significativo (diferencia entre el post-test y pre-test dividido entre el pre-test). Un índice ≥ 20 es considerado clínicamente significativo. Según el tipo de variable que se analice el cambio puede ser positivo o negativo. En el caso de la variable de interés valores negativos reflejan una disminución y, por lo tanto, una mejoría clínica. Los resultados obtenidos pueden observarse en la Tabla 4.

En la variable depresión el cambio clínico objetivo se observó en cuatro de los participantes (número 2, 3, 5 y 6), mientras que tres de los participantes no presentaron cambios (número 1, 4 y 7).

Tabla 4

Cambio clínico objetivo en relación con la variable depresión

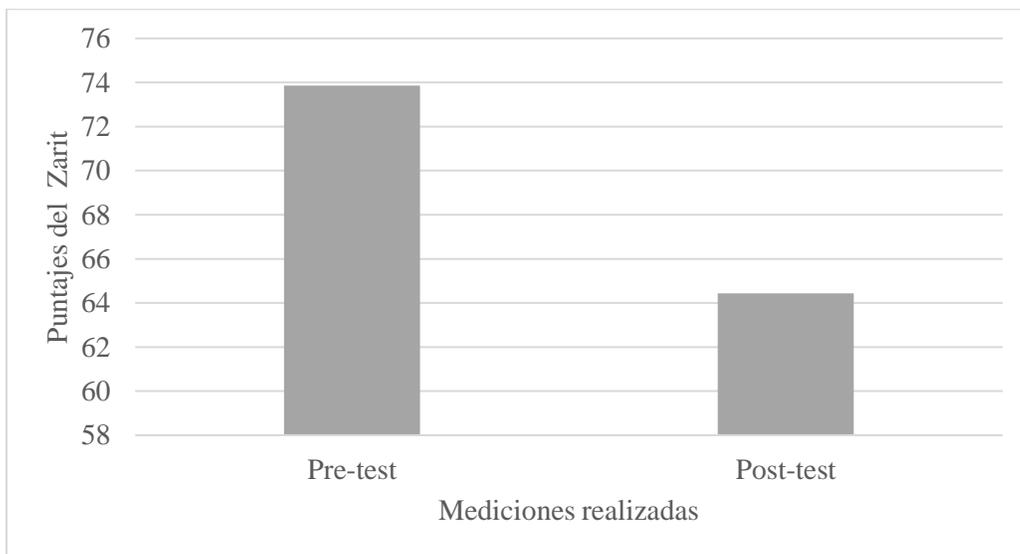
Variable	Participante	Porcentaje de cambio clínico objetivo ($\geq 20\%$)	Estado del cambio
Depresión	1	3.70	No
	2	-88.89	Sí
	3	-90.91	Sí
	4	3.45	No
	5	-61.90	Sí
	6	-86.21	Sí
	7	-17.86	No

Adicionalmente, considerando que se cuentan con mediciones de la variable sobrecarga se decidió incluir los datos con el fin de explorar si se presentaron cambios tras la intervención (véase la Figura 14). La media de los puntajes pre-test fue de 73.86, con una desviación estándar de 7.54; mientras que la media post-test fue de 64.43 y una desviación estándar de 11.79. Tras aplicar la prueba de rangos con signos de Wilcoxon para comparar la variable sobrecarga antes y después, no se observan diferencias significativas ($p > .05$).

Nuevamente, el tamaño reducido de la muestra pudo haber sido una importante limitación al rechazar la hipótesis nula.

Figura 14

Puntajes del Zarit antes y después de la intervención



Nota. La media de los puntajes pre-test corresponde con un nivel de sobrecarga intensa, una vez realizada la intervención cognitivo conductual la media de los puntajes post-test se mantiene dentro del mismo rango.

Con el propósito de comparar las medidas del Zarit, respecto de la evaluación inicial y final se empleó la fórmula propuesta por Cardiel (1994) para el cambio clínico significativo. En el caso de la variable de interés valores negativos reflejan una disminución y, por lo tanto, una mejoría clínica. Los resultados obtenidos pueden observarse en la Tabla 5.

En la variable sobrecarga el cambio clínico objetivo se observó en tres de los participantes (número 1, 2 y 3), no así en los restantes (número 4, 5, 6 y 7).

Tabla 5

Cambio clínico objetivo en relación con la variable sobrecarga

Variable	Participante	Porcentaje de cambio clínico objetivo ($\geq 20\%$)	Estado del cambio
Sobrecarga	1	-20	Sí
	2	-30.56	Sí
	3	-22.78	Sí
	4	6.02	No
	5	1.54	No
	6	-12.33	No
	7	-10.94	No

Los participantes número 4 y 7 quienes no mostraron cambios clínicos significativos en ninguna de las variables, poseen algunas características distintivas en comparación al resto de los integrantes. Ambos son las personas de mayor edad en el estudio (58 y 64 años), por otra parte, se ubicaron dentro del rango más alto de tiempo cuidando a sus pacientes (7 a 10 años y 11 años o más). Los dos participantes fueron los únicos en reportar que no cuentan con otra persona que les ayude a tomar decisiones acerca de su paciente, e incluso una comentó que en caso de enfermedad no hay quien le sustituya.

Con el fin de conocer si existe una relación entre las variables de depresión y de sobrecarga, se aplicó la prueba de correlación de Pearson a los puntajes pre-test de depresión y de sobrecarga, los resultados indican una correlación casi nula ($r=0.02$) y por supuesto no significativa ($p>.05$). De igual manera se procedió con los puntajes post-test para depresión y sobrecarga, encontrándose una correlación moderada ($r=0.59$), pero no significativa ($p>.05$). Estos resultados deben ser analizados con cautela, considerando que no se alcanzó el grado de significancia estadística, posiblemente debido al tamaño reducido de la muestra ($n=7$).

El grado de satisfacción de los participantes con el tratamiento fue alto. Una vez finalizado el programa completaron la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4), la media de los puntajes obtenida fue de 231.79, con una desviación estándar de 35.67. Este puntaje se ubica dentro del rango que indica un nivel alto de satisfacción.

Durante las reuniones sincrónicas los participantes brindaron retroalimentación acerca del programa, principalmente en torno a tres áreas. La primera se relaciona con un espacio en el cual lograron compartir sus experiencias asociadas con ser cuidadores y fueron escuchados por otras personas en situaciones similares, de tal forma que se sintieron comprendidos. La segunda, se relaciona con los materiales del programa, los cuales se encontraban disponibles para acceder y revisarlos a lo largo de las semanas, los participantes los describieron como didácticos y simples de comprender. La tercera, con respecto a la retroalimentación de las tareas brindada de manera semanal por parte del psicólogo, este fue el espacio para poner en práctica las habilidades y ajustarlas a la condición particular de cada uno.

13. Discusión

Al analizar los resultados obtenidos tras la aplicación de la intervención cognitivo conductual, es necesario comenzar por destacar el perfil de los participantes. En el modelo del proceso del estrés se incluyen dominios para comprender la aparición de afectaciones en la salud mental de los CPI. Quienes formaron parte de la muestra del estudio presentan factores que en la literatura se han asociado con una mayor probabilidad de experimentar altos niveles de estrés, y por consiguiente afectaciones en el ámbito psicológico, tales como: ser mujer, ubicarse en un bajo nivel socioeconómico, contar con escaso apoyo por parte del sistema de salud, cuidar en su mayoría de personas adultas mayores en ocasiones con más de un padecimiento y con un alto grado de dependencia, presentar altos niveles de sobrecarga, cuidar de los pacientes por un tiempo prolongado, y reportar afectaciones en distintas áreas de la vida (Pearlin et al., 1990; Pearlin et al., 1997).

En las intervenciones psicológicas realizadas con CPI, la variable depresión parece ser la más difícil de modificar. De hecho, en algunos estudios incrementa su nivel en la evaluación postratamiento (López & Crespo, 2007). En la presente investigación se observó una reducción de los niveles de depresión, no obstante, no llega a considerarse estadísticamente significativa.

Tres de los participantes no mostraron cambios en los niveles de depresión. Sobre estos casos, Gottlieb et al., (2003) plantean que, debido a que la enfermedad del paciente permanece en conjunto con el contexto de malestar emocional asociado, se puede considerar un logro el no percibir cambios desfavorables en los niveles de depresión de los CPI.

A pesar de que los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos, el análisis mediante el cambio clínico significativo muestra importantes disminuciones de los niveles de depresión en cuatro de los participantes. Otras investigaciones en las cuales se implementan técnicas cognitivo conductuales indican un impacto favorable en la disminución de la depresión, como ocurre con Vázquez et al., (2010) con la técnica de solución de problemas, Vázquez et al., (2018) con la planificación de actividades, Losada et al., (2011) con la terapia cognitivo conductual de Beck, en la cual se incluye tanto la planificación de actividades como la modificación de pensamientos disfuncionales.

Los resultados también aportan evidencia en favor de las intervenciones basadas en modelos transaccionales del estrés, ligadas a teorías psicológicas de cambio como la cognitivo conductual, o la de solución de problemas. Gallagher-Thompson & Coon (2007) muestran evidencia favorable de las intervenciones que se sustentan en modelos cognitivo conductuales y que se basan en la evidencia para la disminución de la depresión en CPI.

La reducción en los niveles de depresión observada en la muestra del estudio, además, se encuentra en línea con lo planteado por la literatura sobre las intervenciones tecnológicas. Diversas investigaciones realizadas, en las cuales se brinda atención psicológica mediante la modalidad virtual, muestran reducciones en la variable depresión (Henderson et al., 2022; Lamb et al., 2019; Sherifali et al., 2018).

En el presente estudio, incluso cuando los participantes accedieron a los servicios de salud, no se les proporcionó información sobre su condición, ni acerca de cómo cuidarse a sí mismos. Considerando estas limitaciones, los programas en la modalidad en línea no solo son eficaces, sino que facilitan el acceso a las intervenciones. De no ser por las facilidades

brindadas por la modalidad a distancia, como los horarios establecidos fuera de los habituales de trabajo, es muy probable que los participantes no abordaran sus problemáticas emocionales. Entre los participantes se incluyó a algunas personas adultas mayores, a otras de zonas rurales de Costa Rica y de México. Al finalizar las reuniones, algunos de los participantes comentaron sobre las facilidades brindadas por el horario establecido (sábados 11:00-1:00 pm hora de la CDMX), ya que entre semana la carga de actividades les hubiera impedido integrarse.

Otro aspecto comúnmente señalado en la literatura es la relación costo/efectividad de las intervenciones realizadas de manera virtual (Lamb et al., 2019; Leng et al., 2020). La elaboración del programa implica un costo económico (diseño de materiales, creación de una página web). Una vez que el programa se encuentra habilitado, este se puede aplicar en repetidas ocasiones. De la manera en que el programa se estructuró, la participación del terapeuta consistió en la revisión de tareas y brindar retroalimentación una vez por semana, sumado a las dos horas para desarrollar las reuniones sincrónicas.

Para los participantes, la modalidad a distancia reduce los costos de transporte, los cuales pueden ser altos para quienes habitan en zonas rurales, sin omitir que la mayoría se ubicaron en un rango socioeconómico bajo. En el caso de los CPI, este tipo de intervenciones podría también reducir costos si se tiene que contratar a un cuidador formal para lograr trasladarse a las sesiones.

En el presente estudio, al explorar si se presentaron cambios en la variable sobrecarga, los resultados obtenidos se consideran esperables al no observarse una disminución. La literatura existente sobre la variable sobrecarga es menos contundente en cuanto a la eficacia

de las intervenciones, en algunas se observan resultados positivos (Guay et al., 2017; Ploeg et al., 2017), mientras que en otras no se presentan cambios significativos (Leng et al., 2020; Ploeg et al., 2018).

Swinkels et al., (2019) señalan que la sobrecarga incrementa con el tiempo, aspecto a considerar para el análisis realizado, ya que en este estudio cinco participantes han sido cuidadores por más de cuatro años. También, debe considerarse que el instrumento empleado puede resultar poco sensible para medir los cambios presentados. La Escala de Sobrecarga de Zarit considera distintas áreas problema, más allá del componente emocional, foco principal de la intervención planteada.

Un aspecto considerado dentro de la literatura ha sido la adherencia, van Ballegooijen et al., (2014) indican que es una medida de la aceptabilidad, adecuación y el efecto del tratamiento psicológico. En el presente estudio la adherencia al tratamiento se midió a partir del número inicial de personas inscritas al programa (n=22) y el número total que completaron las evaluaciones iniciales y finales (n=7), observándose una cifra del 32% de participantes adherentes al tratamiento. El porcentaje de abandono (68%) se encuentra en línea con el de otros estudios, Castro et al., (2021) presentan cifras que varían del 0-78% en intervenciones basadas en internet para desórdenes psicológicos, mientras que Blom et al., (2015) del 2% al 83%.

La medición de la adherencia en este estudio incluye a los participantes inscritos en el programa, incluso a quienes no acudieron a la primera sesión (n=5), y a quienes completaron las evaluaciones (dos de las personas que usualmente participaron durante las sesiones no respondieron a la evaluación final). Existen aspectos que se pueden considerar a la hora de

analizar la adherencia al programa de tratamiento, dos de ellos son, si la intervención es guiada o no guiada, y las características de los participantes.

Con respecto al primer punto, la intervención fue guiada por un terapeuta, quien semanalmente durante las sesiones sincrónicas realizaba una introducción al tema y respondía a distintas dudas. Es muy probable que sin este espacio la tasa de adherencia fuera todavía menor. Algunas características de los participantes también deben considerarse, tal como el diagnóstico de depresión, van Ballegooijen et al., (2014) señalan que la falta de motivación y concentración propias de esta condición pueden disminuir la adherencia. Otro aspecto es el rol de cuidador, en el estudio de Blom et al., (2015) casi un 40% abandonó la intervención de manera prematura debido a factores como falta de tiempo y energía, uso de otros servicios, cambios en el estado del paciente o porque consideraban la intervención como poco adecuada.

El momento en el que se abandona el tratamiento es un aspecto a considerar. En la presente investigación, la gran mayoría se dio entre la primera y cuarta sesión, de ahí en adelante se mantuvo constante. Cuando el abandono al tratamiento sucede durante las primeras sesiones, podría deberse a que la intervención no sea el tipo de tratamiento que se busca o que la aceptación fue limitada (van Ballegooijen et al., 2014). Si bien no se indagó el motivo del abandono por parte de los participantes del programa, una hipótesis que se podría plantear, es el hecho de que la intervención en su gran mayoría no fue personalizada. Si bien el programa de tratamiento incluye actividades y tareas de las cuales se brindó retroalimentación, no se consideraron otros aspectos como las preferencias, situaciones personales o la severidad de la enfermedad de los pacientes. Incluso, como se observa en la descripción de la muestra, los padecimientos de las personas que reciben cuidados son muy

variados. Usualmente las intervenciones se dirigen hacia un padecimiento en específico como la demencia, cáncer o accidente cerebrovascular (Ploeg et al, 2017).

Algunos de los aspectos retomados durante el planeamiento y elaboración del programa se pueden considerar aciertos al observar los resultados obtenidos, incluyendo el alto nivel de satisfacción con el tratamiento. Las investigaciones en el campo de las intervenciones en línea plantean que aquellas con un formato multicomponente, en las que se combinan aspectos psicoeducativos y elementos de psicoterapia obtienen los mejores resultados (Jackson et al., 2016). El programa elaborado incluyó el aspecto psicoeducativo en los diversos materiales elaborados (guías, hojas de trabajo, videos, audios), pero también elementos de terapia, durante las reuniones sincrónicas se brindó escucha activa, se validaron emociones y de manera conjunta se asumió la solución de problemas expuestos por los participantes.

Otro aspecto a considerar, fue la inclusión del profesional en psicología y de haberse decantado por un formato grupal. Si bien de manera individual se puede dar un enfoque más personalizado la interacción con otros cuidadores ha mostrado que incrementa la confianza, autoeficacia, fortalece el sentido de inclusión y de pertenencia al grupo (Etxeberria et al., 2021). Durante las semanas de intervención los participantes interactuaron entre sí, para escucharse, validarse y solicitar recomendaciones, en ocasiones incluso mediante el grupo de WhatsApp. En estudios como el de Ducharme et al., (2011) los participantes percibieron como una limitación la ausencia de interacción con otros participantes, condición que les dificultó romper su aislamiento y normalizar su situación.

Con respecto a la inclusión del profesional en psicología, las investigaciones muestran que los participantes perciben como útil la retroalimentación brindada, el reforzamiento social (que elogien sus esfuerzos), además, se ha visto que tiene un impacto favorable en la confianza y compromiso con el tratamiento (Ducharme et al., 2011; Etxeberria et al., 2021).

Un tercer punto a resaltar como acierto, es la consideración de modelos teóricos para el desarrollo del programa de tratamiento. Durante al menos 5 meses se realizó una búsqueda de literatura sobre intervenciones dirigidas al tratamiento de la depresión en CPI. Tras la revisión, se identificó que uno de los modelos más utilizados para explicar la aparición de afectaciones en el ámbito de la salud mental es el modelo de proceso del estrés (Pearlin et al., 1997). Una vez que se conoció más acerca de las variables asociadas a la depresión en CPI, se incluyeron técnicas provenientes de la TCC, con el objetivo de conformar los distintos módulos del programa de tratamiento. La inclusión de una base teórica ha demostrado ser efectiva, siendo las más frecuentes las teorías cognitivas del estrés y la incorporación de técnicas cognitivo conductuales (Lamb et al., 2019; Ploeg et al., 2018).

La gran mayoría de investigaciones revisadas han sido llevadas a cabo en países con condiciones de vida, valores y creencias muy distintas a las del contexto latinoamericano, como Estados Unidos o del continente europeo. Se ha observado que la etnia y cultura juegan un rol significativo en el proceso de estrés y afrontamiento, también en la aparición de la depresión. En el caso de población latina es recomendable tener en cuenta algunos aspectos al momento de desarrollar intervenciones. Uno de estos, es el valor denominado familismo, el cual se define como una “fuerte identificación y apego de los individuos y sus familias (nuclear y extendida), y sentimientos fuertes de lealtad, reciprocidad, y solidaridad entre miembros de una misma familia” (Sabogal et al., 1987, p. 398).

El alto valor depositado en la familia puede tener un impacto positivo cuando representa una fuente de soporte, no obstante, también puede resultar negativo (Márquez-González et al., 2007). En población latina es más probable que la labor de cuidado se perciba como una obligación, Losada et al., (2010) han señalado el papel de los pensamientos disfuncionales como mediadores de la relación entre los valores y el estrés en cuidadores.

Durante las reuniones sincrónicas los participantes expresaron pensamientos disfuncionales, en una ocasión, uno de ellos pensaba ausentarse de un viaje de trabajo, debido a que se sentía culpable de dejar a su mamá. Como parte de los cambios observados durante el programa, fue capaz de identificar y cuestionar los pensamientos asociados (por ejemplo: “como cuidador debo estar en todo momento con mi paciente”) y encontrar apoyo para lograr asistir a la reunión. En el presente programa, solamente en una sesión se abordó este aspecto, el cual se recomienda que sea considerado en futuras intervenciones, otra opción viable es la de incluir intervenciones sistémicas basadas en la familia (Perrin et al., 2015).

La labor de cuidado ha sido históricamente delegada en su mayoría a la mujer, sin ser la población latinoamericana una excepción. Autores como Cordova-Marks et al., (2022) indican que el valor del “marianismo” genera expectativas de que el cuidado debe ser proporcionado por las mujeres, quienes además deben relegar su propia salud y otorgar prioridad a las labores de cuidado. En futuras intervenciones asumir un enfoque de género es necesario con el fin de reconocer, cuestionar y renegociar nuevos roles sociales.

El protocolo de investigación desarrollado presenta evidencia a favor de las intervenciones psicológicas en línea para la disminución de la sintomatología depresiva, no así para la sobrecarga. Además, quienes participaron mostraron niveles altos de satisfacción

con el tratamiento. Cabe destacar que en los tres participantes que no presentaron una disminución en la variable depresión, tampoco llegó a presentarse un aumento. Tomando en consideración el contexto complejo que afrontan los cuidadores este resultado podría considerarse un acierto.

Futuras investigaciones deben incluir un tamaño de muestra mayor, la presencia de un grupo control, la selección aleatoria de los participantes, además de brindar un seguimiento. La replicación del protocolo presentado es viable y representa una forma de superar importantes limitaciones dentro de la investigación psicológica, tales como la heterogeneidad de las técnicas e instrumentos de medición aplicados.

14. Referencias bibliográficas

- Alavi, N., & Omrani, M. (2019). *Online Cognitive Behavioral Therapy. An e-Mental Health Approach to Depression and Anxiety*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-99151-1>
- Alavi, N., Stefanoff, M., Hirji, A., & Khalid-Khan, S. (2018). Cognitive Behavioural Therapy through PowerPoint: Efficacy in an Adolescent Clinical Population with Depression and Anxiety. *International Journal of Pediatrics*, 2018(8). Artículo 1396216. <https://doi.org/10.1155/2018/1396216>
- Alpuche, J. (2007). *Validación de la Entrevista de Carga del Cuidador en una población de Cuidadores Primarios Informales* [Tesis para la obtención de grado en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/177093>
- Alpuche, J., Ramos del Rio, B., Rojas, M., y Figueroa, C. (2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-245. <https://doi.org/10.25009/pys.v18i2.665>
- Alspaugh, M., Parris, M., Townsend, A., Greene, R., & Zarit, S. (1999). Longitudinal Patterns of Risk for Depression in Dementia Caregivers: Objective and Subjective Primary Stress as Predictors. *Psychology and Aging*, 14(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.14.1.34>
- Altamirano, C. (2018, 4 de octubre). Mujeres cuidadoras atienden a 42 millones de personas dependientes; el Estado no reconoce su trabajo. *Animal Político*.

<https://www.animalpolitico.com/sociedad/mexico-falla-trabajo-cuidadoras-dependientes>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales* (5ª Ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Atif, N., Nazir, H., Sultan, Z. H., Rauf, R., Waqas, A., Malik, A., Sikander, S., & Rahman, A. (2022). Technology-assisted peer therapy: a new way of delivering evidence-based psychological interventions. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08233-6>

Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

Azanza, L., & Hernandez, A. (2020). Epidemiological Characteristics of COVID-19 in Mexico and the Potential Impact of Lifting Confinement Across Regions. *Frontiers in Physics*, 8(5), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fphy.2020.573322>

Barlow, D. H. (Ed.). (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. (5th ed.) The Guilford Press.

Becerra, A., & Ramos del Río, B. (2021). Cuidador primario informal (CPI): necesidades psicosociales y estrategias de atención psicológica. En L. Reynoso & A. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: Avances y Perspectivas* (pp. 209-224). Qartuppi. <https://qartuppi.com/salud/conductual/>

Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2015). Cognitive theory and therapy: Past, present and

- future. In S. Bloch, S. Green, & J. Holmes (Eds.), *Psychiatry: Past, present and prospect* (pp. 366–382). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.048413>
- Beck, J. (2021). *Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond*. The Guilford Press.
- Blaney, C., Hitchon, C. A., Marrie, R. A., Mackenzie, C., Holens, P., & El-Gabalawy, R. (2021). Support for a non-therapist assisted, Internet-based cognitive-behavioral therapy (iCBT) intervention for mental health in rheumatoid arthritis patients. *Internet Interventions*, 24(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100385>
- Blom, M., Zarit, S., Groot Zwaaftink, R., Cuijpers, P., & Pot, A. (2015). Effectiveness of an Internet Intervention for Family Caregivers of People with Dementia: Results of a Randomized Controlled Trial. *PloS One*, 10(2), 1-11.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116622>
- Braich, P. S., Lal, V., Hollands, S., & Almeida, D. R. (2012). Burden and depression in the caregivers of blind patients in India. *Ophthalmology*, 119(2), 221–226.
<https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2011.07.038>
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. (2013). *Health Psychology: An introduction to behavior and health*. Cengage Learning.
- Brazil, K., Bainbridge, D., & Rodriguez, C. (2010). The Stress Process in Palliative Cancer Care: A Qualitative Study on Informal Caregiving and its Implication for the Delivery of Care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27(2), 111-116.
<https://doi.org/10.1177/1049909109350176>

- Bruhn, J., & Rebach, H. (2014). *The Sociology of Caregiving*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-94-017-8857-1>
- Cardiel, R. M. (1994). La Medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). Interamericana McGraw Hill.
- Castro, A., García-Palacios, A., López-Del-Hoyo, Y., Mayoral, F., Pérez-Ara, M. Á., Baños, R. M., García-Campayo, J., Hurtado, M. M., Botella, C., Barceló-Soler, A., Villena, A., Roca, M., & Gili, M. (2021). Predictors of Adherence in Three Low-Intensity Intervention Programs Applied by ICTs for Depression in Primary Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1-15.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18041774>
- Chang, E. C., D'Zurilla, T. J., y Sanna, L. J. (Eds.). (2004). *Social problem solving: Theory, research, and training*. American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10805-000>
- Chou, K., Chu, H., Tseng, C., & Lu, R-B. (2003). The Measurement of Caregiver Burden. *Journal of Medical Sciences*, 23(2), 73-82.
<http://www.AiritiLibrary.com/Publication/Index/10114564-200304-201305090002-201305090002-73-82>
- Cordova-Marks, F. M., Valencia, C., Badger, T. A., Segrin, C., & Sikorskii, A. (2022). Depression among underserved rural and urban caregivers of latinas with breast cancer. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 33(3), 450–464.

<https://doi.org/10.1080/10911359.2022.2062516>

Crespo, M., & Rivas, M. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 26(1), 9-16.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>

Darío, R. (2001). La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(2), 57-74.
<https://www.redalyc.org/pdf/120/12019207.pdf>

Dávila, P. (2019). Prólogo. En C. Santillán & A. Corchado (Eds.), *Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes CAOPE* (pp. I-III). Universidad Nacional Autónoma de México.

Dekker, J., Amitami, M., Berman, A. H., Brown, H., Cleal, B., Figueiras, M. J., Finney Rutten, L. J., Fors, E. A., Griva, K., Gu, J., Keyworth, C., Kleinstäuber, M., Lahmann, C., Lau, J., Leplow, B., Li, L., Malmberg Gavelin, H., Mewes, R., Mo, P., Mullan, B., ... Nater, U. M. (2021). Definition and Characteristics of Behavioral Medicine, and Main Tasks and Goals of the International Society of Behavioral Medicine-an International Delphi Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 268–276. <https://doi.org/10.1007/s12529-020-09928-y>

Denno, M., Gillard, P., Glenn, G., DiBonaventura, M., Goren, A., Varon, S., & Zorowitz, R. (2013). Anxiety and Depression Associated with Caregiver Burden in Caregivers of Stroke Survivors with Spasticity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(9), 1731-1736. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.03.014>

- DeRubeis, R., Keefe, J., & Beck, A. (2019). Cognitive Therapy. In K. S. Dobson & D. J. Dozois (Eds.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (pp. 219- 248). The Guilford Press.
- Diario Oficial de la Federación. (2020, 24 de marzo). *Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (Covid-19)*. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020
- Ducharme, F., Dube, V., Levesque, L., Saulnier, D., & Giroux, F. (2011). An online stress management training program as a supportive nursing intervention for family caregivers of an elderly person. *Canadian Journal of Nursing Informatics*, 6(2), 13–44. <https://cjni.net/journal/?p=1344>
- D’Zurilla, T., & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- Etxeberria, I., Salaberria, K., & Gorostiaga, A. (2021). Online support for family caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis of RCTs and quasi-experimental studies. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1165–1180. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758900>
- Feixas, G., Pucurull, O., Paz, C., & García-Grau, E. (2012). Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4): La versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 23(106), 51-58. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.639>
- Fernández-Álvarez, H., & Fernández-Álvarez, J. (2019). Commentary: Why Cognitive

- Behavioral Therapy is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 10(123). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00123>
- Figueiredo, D. (2017). Caregiving and Carer Stress. In Pachana, N. (Ed.), *Encyclopedia of Geropsychology* (pp. 446-455). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-981-287-082-7>
- Fisher, C. L., Mullis, M. D., Kastrinos, A., Wollney, E., Weiss, E. S., Sae-Hau, M., & Bylund, C. L. (2021). "Home wasn't really home anymore": Understanding caregivers' perspectives of the impact of blood cancer caregiving on the family system. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(6), 3069–3076. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05811-4>
- Fonseca, A., Ojeda, D., Reynoso, O., Girón, M., Espinosa, M., Sierra, M., (2021). Impacto de la telepsicología en la satisfacción de la atención a pacientes con COVID-19. *Psicología Iberoamericana*, 29(3), 111-121. <http://ri.iberomx/handle/iberomx/5785>
- Fuller-Thomson, E., & Shaked, Y. (2009). Factors associated with depression and suicidal ideation among individuals with arthritis or rheumatism: findings from a representative community survey. *Arthritis and Rheumatism*, 61(7), 944–950. <https://doi.org/10.1002/art.24615>
- Galindo, J. (2021, 6 de agosto). La salud mental de América Latina se resiente durante la pandemia. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2021-08-06/la-salud-mental-de-america-latina-se-resiente-durante-la-pandemia.html>
- Gallagher-Thompson, D., & Coon, D. W. (2007). Evidence-based psychological treatments

for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 37–51.
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.1.37>

Gavino, A. (2000). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Pirámide.

Gellman, M., & Turner, R. (2013). *Encyclopedia of behavioral medicine*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9>

George, L. K., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26(3), 253–259. <https://doi.org/10.1093/geront/26.3.253>

Gilson, M., Freeman, A., Yates, M., & Morgillo, S. (2009). *Overcoming Depression. A Cognitive Therapy Approach*. Oxford University Press.

Glueckauf, R. L., Davis, W. S., Willis, F., Sharma, D., Gustafson, D. J., Hayes, J., Stutzman, M., Proctor, J., Kazmer, M. M., Murray, L., Shipman, J., McIntyre, V., Wesley, L., Schettini, G., Xu, J., Parfitt, F., Graff-Radford, N., Baxter, C., Burnett, K., . . . Springer, J. (2012). Telephone-based, cognitive-behavioral therapy for African American dementia caregivers with depression: Initial findings. *Rehabilitation Psychology*, 57(2), 124–139. <https://doi.org/10.1037/a0028688>

González, D., Rodríguez, A., & Reyes, I. (2015). Adaptation of the BDI–II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237–244. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>

Gottlieb, B. H., Thompson, L. W., & Bourgeois, M. (2003). Monitoring and evaluating interventions. In D. W. Coon, D. Gallagher-Thompson, & L. W. Thompson (Eds.), *Innovative interventions to reduce dementia caregiver distress: A clinical*

- guide* (pp. 28–49). Springer.
- Grad, J., & Sainsbury, P. (1963). Mental illness and the family. *Lancet*, 1(7280), 544–547.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(63\)91339-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(63)91339-4)
- Gratzer, D., & Khalid-Khan, F. (2016). Internet-delivered cognitive behavioural therapy in the treatment of psychiatric illness. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 188(4), 263–272.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.150007>
- Graven, L. J., Glueckauf, R. L., Regal, R. A., Merbitz, N. K., Lustria, M. L. A., & James, B. A. (2021). Telehealth Interventions for Family Caregivers of Persons with Chronic Health Conditions: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 2021(3518050), 1-45. <https://doi.org/10.1155/2021/3518050>
- Greenwald, A., Roose, K., & Williams, L. (2015). Applied behavior analysis and behavioral medicine: History of the relationship and opportunities for renewed collaboration. *Behavior and Social Issues*, 24(6), 23-38. <https://doi.org/10.5210/bsi.v24i0.5448>
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., Willan, A., Viola, R., Coristine, M., Janz, T., & Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 170(12), 1795–1801. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1031205>
- Guay, C., Auger, C., Demers, L., Mortenson, W. B., Miller, W. C., G elinas-Bronsard, D., &

- Ahmed, S. (2017). Components and Outcomes of Internet-Based Interventions for Caregivers of Older Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(9), Artículo e313. <https://doi.org/10.2196/jmir.7896>
- Gutiérrez, E. (2013). La medicina conductual en México: un breve análisis histórico e historiográfico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, *3*(1), 1-4. <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283032589002.pdf>
- Hawkes, A. L., Chambers, S. K., Pakenham, K. I., Patrao, T. A., Baade, P. D., Lynch, B. M., Aitken, J. F., Meng, X., & Courneya, K. S. (2013). Effects of a telephone- delivered multiple health behavior change intervention (CanChange) on health and behavioral outcomes in survivors of colorectal cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *31*(18), 2313–2321. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.45.5873>
- Hayes, S. (2019). *Una mente liberada: La guía esencial de la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Paidós.
- Henderson, C., Knapp, M., Fossey, J., Frangou, E., & Ballard, C. (2022). Cost-Effectiveness of an Online Intervention for Caregivers of People Living with Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, *23*(9), 1468–1473. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.03.002>
- Hernández, H. (2020). Mortalidad por COVID-19 en México. Notas preliminares para un perfil sociodemográfico. *Notas de coyuntura del CRIM*, *36*, 1-7. <http://doi.org/10.22201/crim.001r.2020.36>

- Hernández, H. (2021). COVID-19 en México: Un perfil sociodemográfico. *Notas de Población*, 111(47), 105-132. <https://doi.org/10.18356/16810333-47-111-6>
- Hopko, D., Lejuez, C., Ruggiero, K., & Eifert, G. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 699–717. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(03\)00070-9](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(03)00070-9)
- Houts, P., Nezu, A., Nezu, C., & Bucher, J. (1996). The prepared family caregiver: a problem-solving approach to family caregiver education. *Patient Education and Counseling*, 27(1), 63-73. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00790-3](https://doi.org/10.1016/0738-3991(95)00790-3)
- Ibarra, I., Cárdenas de la Garza, J., Ruiz, R., & Salazar, R. (2020). Mexico and the COVID-19 Response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(4), E17-E18. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.260>
- Iniesta, B., Martínez, M.R., Becerra, A.L., & Gómez, A. (2018). Estrés en cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos: un estudio descriptivo. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(2), 69-76. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/67379>
- Jackson, D., Roberts, G., Wu, M. L., Ford, R., & Doyle, C. (2016). A systematic review of the effect of telephone, internet or combined support for caregivers of people living with Alzheimer's, vascular or mixed dementia in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66(2), 218–236. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.013>
- Jafari, H., Ebrahimi, A., Aghaei, A., & Khatony, A. (2018). The relationship between care

burden and quality of life in caregivers of hemodialysis patients. *BMC Nephrology*, 19(321), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1120-1>

Jiménez, J., & Mills, P. (2012). Behavioral Medicine. In V.S. Ramachandran. (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior Volume 1 A-D* (pp. 311-318). Academic Press.

John Hopkins (2022, 23 de mayo). *Coronavirus Resource Center*. <https://coronavirus.jhu.edu/region/mexico>

Kajiyama, B., Thompson, W., Eto-Iwase, T., Yamashita, M., Di Mario, J., Marian Tzuang, Y., & Gallagher-Thompson D. (2013). Exploring the Effectiveness of an Internet-Based Program for Reducing Caregiver Distress Using the iCare Stress Management e-Training Program. *Aging Mental Health*, 17(5), 544–554. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.775641>

Kamel, A. A., Bond, A. E., & Froelicher, E. S. (2012). Depression and caregiver burden experienced by caregivers of Jordanian patients with stroke. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), 147–154. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02011.x>

Kim, E. Y., & Yeom, H. E. (2016). Influence of home care services on caregivers' burden and satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11-12), 1683–1692. <https://doi.org/10.1111/jocn.13188>

Kim, Y., & Schulz, R. (2008). Family Caregivers' Strains: Comparative Analysis of Cancer Caregiving with Dementia, Diabetes, and Frail Elderly Caregiving. *Journal of Aging and Health*, 20(5), 483-503. <https://doi.org/10.1177/0898264308317533>

- Klemm, P. R., Hayes, E. R., Diefenbeck, C. A., & Milcarek, B. (2014). Online support for employed informal caregivers: psychosocial outcomes. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 32(1), 10–20. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000009>
- Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press.
- Kuriakose, R. K., Khan, Z., Almeida, D., & Braich, P. S. (2017). Depression and burden among the caregivers of visually impaired patients: a systematic review. *International Ophthalmology*, 37(3), 767–777. <https://doi.org/10.1007/s10792-016-0296-2>
- Kuri-Morales, P. (2011). La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. *Gaceta Médica de México*, 147(6), 451-454. <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm116b.pdf>
- Lamb, T., Pachana, N. A., & Dissanayaka, N. (2019). Update of Recent Literature on Remotely Delivered Psychotherapy Interventions for Anxiety and Depression. *Telemedicine Journal and e-health: the Official Journal of the American Telemedicine Association*, 25(8), 671–677. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0079>
- Lazarus, R & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Leavell, H., & Clark, E. (1958). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach*. McGraw-Hill.
- Leng, M., Zhao, Y., Xiao, H., Li, C., & Wang, Z. (2020). Internet-Based Supportive Interventions for Family Caregivers of People with Dementia: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), Artículo e19468.

<https://doi.org/10.2196/19468>

Lin, I. F., Fee, H. R., & Wu, H. S. (2012). Negative and positive caregiving experiences: A closer look at the intersection of gender and relationships. *Family Relations*, *61*(2), 343–358. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2011.00692.x>

López, J., & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: Una revisión [Interventions for caregivers of older and dependent adults: A review]. *Psicothema*, *19*(1), 72–80. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72719111>

López, L., Smit, F., Cuijpers, P., Otero, P., Blanco, V., Torres, Á., & Vázquez, F. L. (2020). Problem-solving intervention to prevent depression in non-professional caregivers: a randomized controlled trial with 8 years of follow-up. *Psychological Medicine*, *50*(6), 1002–1009. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000916>

Lorig, K., Thompson-Gallagher, D., Traylor, L., Ritter, P. L., Laurent, D. D., Plant, K., Thompson, L. W., & Hahn, T. J. (2012). Building better caregivers: A pilot online support workshop for family caregivers of cognitively impaired adults. *Journal of Applied Gerontology*, *31*(3), 423–437. <https://doi.org/10.1177/0733464810389806>

Losada, A., Márquez-González, M., Knight, B. G., Yanguas, J., Sayegh, P., & Romero-Moreno, R. (2010). Psychosocial factors and caregivers' distress: effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health*, *14*(2), 193–202. <https://doi.org/10.1080/13607860903167838>

Losada, A., Márquez-González, M., & Romero-Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of

a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(11), 1119–1127. <https://doi.org/10.1002/gps.2648>

Losada, A., Montorio, I., Izal, M., Márquez-González, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Lozano, R., & Ríos, M. (2021). ¿Cuál será la primera causa de muerte en México en 2020?. *Salud Pública y Epidemiología*, 13(2), 3-15. <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.13-03-Cual-sera-la-primera-causa-de-muerte-en-Mexico-en-2020.pdf>

Lwin, M. N., Serhal, L., Holroyd, C., & Edwards, C. J. (2020). Rheumatoid Arthritis: The Impact of Mental Health on Disease: A Narrative Review. *Rheumatology and Therapy*, 7(3), 457–471. <https://doi.org/10.1007/s40744-020-00217-4>

Maldonado, G., Ríos, C., Paredes, C., Ferro, C., Intriago, M., Aguirre, C., Ávila, V., & Moreno, M. (2017). Depression in Rheumatoid Arthritis. *Revista Colombiana de Reumatología*, 24(2), 84-91. <https://doi.org/10.1016/j.rcreue.2017.07.001>

Márquez-González, M., Losada, A., Izal, M., Pérez-Rojo, G., & Montorio, I. (2007). Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: description and outcomes of an intervention programme. *Aging & Mental Health*, 11(6), 616–625. <https://doi.org/10.1080/13607860701368455>

Martell, C., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Activación Conductual para la*

Depresión. Una Guía Clínica. Desclée de Brouwer.

- Martínez, H. (2006). Treinta años de la revista mexicana de análisis de la conducta: Un reto a la supervivencia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 24(1), 105-125. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2741824>
- Mausbach, B. T., Roepke, S. K., Chattillion, E. A., Harmell, A. L., Moore, R., Romero-Moreno, R., Bowie, C. R., & Grant, I. (2012). Multiple mediators of the relations between caregiving stress and depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 16(1), 27–38. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.615738>
- Meier, R. (1988). A social skills training program for adult caregivers, *Advances in Nursing Science*, 10(2), 59-72. <https://doi.org/10.1097/00012272-198801000-00010>
- Meng, H., Marino, V. R., Conner, K. O., Sharma, D., Davis, W. S., & Glueckauf, R. L. (2021). Effects of in-person and telephone-based cognitive behavioral therapies on health services use and expenditures among African-American dementia caregivers with depressive symptoms. *Ethnicity & Health*, 26(6), 879–892. <https://doi.org/10.1080/13557858.2019.1590536>
- Mittelman, M. S., Haley, W. E., Clay, O. J., & Roth, D. L. (2006). Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, 67(9), 1592–1599. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000242727.81172.91>
- Miyawaki, A., Kobayashi, Y., Noguchi, H., Watanabe, T., Takahashi, H., & Tamiya, N. (2020). Effect of reduced formal care availability on formal/informal care patterns

and caregiver health: a quasiexperimental study using the Japanese long-term care insurance reform. *BMC Geriatrics*, 20(207), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01588-7>

Morales, J. (2017). *Terapia Breve Resolución de Problemas; Intervención en el Cuidador Primario Informal* [Tesis para la obtención de grado en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000755338

Muñiz, R., & Vaquera, A. (2019). Semblanza sobre la creación del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes. En C. Santillán & A. Corchado (Eds.), *Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes CAOPE* (pp. 1-8). Universidad Nacional Autónoma de México.

United Nations. (2021, 24 de abril). *With Almost Half of World's Population Still Offline, Digital Divide Risks Becoming 'New Face of Inequality', Deputy Secretary-General Warns General Assembly*. <https://press.un.org/en/2021/dsgsm1579.doc.htm>

Nakano, E. (2010). *Forced to care. Coercion and caregiving in America*. Harvard University Press.

Nakash, O., Levav, I., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., He, Y., Hu, C., de Jonge, P., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Medina-Mora, M. E., Moskalewicz, J., Murphy, S., Nakamura, Y., ... Scott, K.M. (2014). Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the

- World Mental Health Surveys. *Psycho-oncology*, 23(1), 40–51.
<https://doi.org/10.1002/pon.3372>
- Nater, U. M., Gaab, J., Rief, W., & Ehlert, U. (2006). Recent trends in behavioral medicine. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(2), 180–183.
<https://doi.org/10.1097/01.yco.0000214345.37002.77>
- Navarro, C., Espíritu, L., Delgado, E., & Sahagún, M. (2015). Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 55(1), 25-31.
<https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297013/457749297013.pdf>
- Nezu, M., Nezu, C., & D'Zurilla, T. (2013). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. Springer Publishing Co.
- Nguyen, D., Chao, D., Ma, G., Morgan, T. (2015). Quality of life and factors predictive of burden among primary caregivers of chronic liver disease patients. *Annals of Gastroenterology*, 28(1), 124-129.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4289985/>
- Oliver, R., & Bock, F. A. (1990). Alleviating the distress of caregivers of Alzheimer's disease patients: A rational-emotive therapy model. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 8(1), 53–69. <https://doi.org/10.1007/BF01072094>
- Ordoñez, J. (2021). Las políticas públicas de restricción para afrontar la pandemia por COVID-19 y el futuro del régimen democrático mexicano. *Antropología Experimental*, 21(29), 433-445. <https://dx.doi.org/10.17561/rae.v21.6319>

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Pardo, M., Cárdenas, J., García, R., Villalobos, J., Figueroa, C., Méndez, J. (2012). Carga en Cuidadores Primarios Informales de Niños con Cáncer: Efectos de una Intervención Cognitivo Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(2), 118-124. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283030245008>

Pearlin, L., Aneshensel, C., & Leblanc, A. (1997). The Forms and Mechanisms of Stress Proliferation: The Case of AIDS Caregiver. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(3), 223-236. <https://doi.org/10.2307/2955368>

Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>

Perrin, P. B., Panyavin, I., Morlett Paredes, A., Aguayo, A., Macias, M. A., Rabago, B., Picot, S. J., & Arango-Lasprilla, J. C. (2015). A Disproportionate Burden of Care: Gender Differences in Mental Health, Health-Related Quality of Life, and Social Support in Mexican Multiple Sclerosis Caregivers. *Behavioural Neurology*, 2015(7), 1-9. <https://doi.org/10.1155/2015/283958>

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003a). Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving with Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58(2), P112-P128. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.p112>

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003b). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Ploeg, J., Ali, M. U., Markle-Reid, M., Valaitis, R., Bartholomew, A., Fitzpatrick-Lewis, D., McAiney, C., & Sherifali, D. (2018). Caregiver-Focused, Web-Based Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis (Part 2). *Journal of Medical Internet Research, 20*(10), Artículo e11247. <https://doi.org/10.2196/11247>
- Ploeg, J., Markle-Reid, M., Valaitis, R., McAiney, C., Duggleby, W., Bartholomew, A., & Sherifali, D. (2017). Web-Based Interventions to Improve Mental Health, General Caregiving Outcomes, and General Health for Informal Caregivers of Adults with Chronic Conditions Living in the Community: Rapid Evidence Review. *Journal of Medical Internet Research, 19*(7), Artículo e263. <https://doi.org/10.2196/jmir.7564>
- Reynoso, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso & A. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: Teoría y práctica* (pp. 11-26). Qartuppi. <http://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf>
- Reynoso, L., & Becerra, A. (2021). Introducción. En L. Reynoso & A. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: Avances y Perspectivas* (pp. 10-15). Qartuppi. <http://doi.org/10.29410/QTP.21.11>
- Rezaie, H., Hassan, S., & Ghanei, R. (2020). Burden of Care in Caregivers of Iranian patients with chronic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes, 18*(261), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01503-z>

- Ribes, E. (2015). La revista mexicana de análisis de la conducta: Su origen y su sentido. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 3(41), 1-15.
<https://www.redalyc.org/pdf/593/59344123001.pdf>
- Robinson, P. J., Gould, D. A., & Strosahl, K. D. (2010). *Real behavior change in primary care: Improving patient outcomes and increasing job satisfaction*. New Harbinger Publications.
- Rodríguez, G. (2004). *Medicina Conductual en México. Tomo I*. Miguel Ángel Porrúa.
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283021975002>
- Rodríguez-González, A. M., Rodríguez-Míguez, E., & Claveria, A. (2021). Determinants of caregiving burden among informal caregivers of adult care recipients with chronic illness. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9-10), 1335–1346.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15683>
- Sabogal, F., Marín, G., Otero-Sabogal, R., Marín, B. V., & Perez-Stable, E. J. (1987). Hispanic familism and acculturation: What changes and what doesn't? *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9(4), 397–412.
<https://doi.org/10.1177/07399863870094003>
- Safren, S., Gonzalez, J., & Soroudi, N. (2008). *Coping with Chronic Illness. A Cognitive-Behavioral Therapy Approach for Adherence and Depression*. Oxford University Press.

- Safren, S. A., Gonzalez, J. S., Wexler, D. J., Psaros, C., Delahanty, L. M., Blashill, A. J., Margolina, A. I., & Cagliero, E. (2014). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Diabetes care*, *37*(3), 625–633. <https://doi.org/10.2337/dc13-0816>
- Safren, S. A., O'Cleirigh, C., Andersen, L. S., Magidson, J. F., Lee, J. S., Bainter, S. A., Musinguzi, N., Simoni, J., Kagee, A., & Joska, J. A. (2021). Treating depression and improving adherence in HIV care with task-shared cognitive behavioral therapy in Khayelitsha, South Africa: a randomized controlled trial. *Journal of the International AIDS Society*, *24*(10), Artículo e25823. <https://doi.org/10.1002/jia2.25823>
- Schulz, R., O'Brien, A., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Dementia Caregiving: Prevalence, Correlates, and Causes. *The Gerontologist*, *35*(6), 771-791. <https://doi.org/10.1093/geront/35.6.771>
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: an amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, *1*(3), 249–251. <https://doi.org/10.1007/BF00846677>
- Secretaría de Salud Pública. (2018, 26 de abril). *Panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad por causas sujetas a vigilancia epidemiológica en México, 2018*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/panorama-epidemiologico-y-estadistico-de-la-mortalidad-por-causas-sujetas-a-vigilancia-epidemiologica-en-mexico-2018>
- Shakya, D., Tuladhar, J., & Poudel, S. (2017). Burden and Depression among Caregivers of

- Hemodialysis Patients. *Palliative Medicine and Care*, 4(1), 1-6.
<http://doi.org/10.15226/2374-8362/4/1/00131>
- Sharpe L. (2016). Psychosocial management of chronic pain in patients with rheumatoid arthritis: challenges and solutions. *Journal of Pain Research*, 9(5), 137–146.
<https://doi.org/10.2147/JPR.S83653>
- Shen, B., Li, Y., Du, X., Chen, H., Xu, Y., Li, H., & Xu, G. Y. (2020). Effects of cognitive behavioral therapy for patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 25(10), 1179–1191.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1736312>
- Sherifali, D., Ali, M. U., Ploeg, J., Markle-Reid, M., Valaitis, R., Bartholomew, A., Fitzpatrick-Lewis, D., & McAiney, C. (2018). Impact of Internet-Based Interventions on Caregiver Mental Health: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 20(7), e10668. <https://doi.org/10.2196/10668>
- Son, J., Erno, A., Shea, D. G., Femia, E. E., Zarit, S. H., & Stephens, M. A. (2007). The caregiver stress process and health outcomes. *Journal of Aging and Health*, 19(6), 871–887. <https://doi.org/10.1177/0898264307308568>
- Song, J. I., Shin, D. W., Choi, J. Y., Kang, J., Baik, Y. J., Mo, H., Park, M. H., Choi, S. E., Kwak, J. H., & Kim, E. J. (2011). Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(10), 1519–1526. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0977-8>

- Soottipong, R., Han, L., Thapsuwan, S., & Thongcharoenchupong, N. (2016). Strength and stress: Positive and negative impacts on caregivers for older adults in Thailand. *Australasian Journal on Ageing*, 35(2), E7–E12. <https://doi.org/10.1111/ajag.12266>
- Spiegler, M., & Guevremont, D. (2010). *Contemporary Behavior Therapy* (5thed). Cengage Learning.
- Swinkels, J. C., Broese van Groenou, M. I., de Boer, A., & Tilburg, T. G. V. (2019). Male and Female Partner-Caregivers' Burden: Does It Get Worse Over Time?. *The Gerontologist*, 59(6), 1103–1111. <https://doi.org/10.1093/geront/gny132>
- Taylor-Brown, S., Rosenberg, T., & McDaniel, S. (2014). Chronic Illness and Primary Care: Integrating Mental Health and Primary Care. In R. Talley., G. Fricchione & B. Druss, (Eds.), *The Challenges of Mental Health Caregiving* (pp.55-82). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8791-3>
- Teri, L., Logsdon, R. G., Peskind, E., Raskind, M., Weiner, M. F., Tractenberg, R. E., Foster, N. L., Schneider, L. S., Sano, M., Whitehouse, P., Tariot, P., Mellow, A. M., Auchus, A. P., Grundman, M., Thomas, R. G., Schafer, K., Thal, L. J., & Alzheimer's Disease Cooperative Study (2000). Treatment of agitation in AD: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Neurology*, 55(9), 1271–1278. <https://doi.org/10.1212/wnl.55.9.1271>
- Tremont, G., Davis, J. D., Papandonatos, G. D., Ott, B. R., Fortinsky, R. H., Gozalo, P., Yue, M. S., Bryant, K., Grover, C., & Bishop, D. S. (2015). Psychosocial telephone intervention for dementia caregivers: A randomized, controlled trial. *Alzheimer's &*

Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association, 11(5), 541–548.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.05.1752>

Tursi, M. F., Baes, C.v, Camacho, F. R., Tofoli, S. M., & Juruena, M. F. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1019–1031.
<https://doi.org/10.1177/0004867413491154>

Universidad Nacional Autónoma de México. (2021). *Un año de acciones efectivas en torno a la pandemia de COVID-19*. <https://www.dgcs.unam.mx/UNAMvsCOVID.pdf>

van Ballegooijen, W., Cuijpers, P., van Straten, A., Karyotaki, E., Andersson, G., Smit, J. H., & Riper, H. (2014). Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PloS One*, 9(7), Artículo e100674. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100674>

Vázquez, F. L., Otero, P., López, M., Blanco, V., & Torres, Á. (2010). Un programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia: Un estudio piloto. *Clínica y Salud*, 21(1), 59–76. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n1a6>

Vázquez, F. L., Torres, Á., Blanco, V., Otero, P., Díaz, O., & Ferraces, M. J. (2016). Long-term Follow-up of a Randomized Clinical Trial Assessing the Efficacy of a Brief Cognitive-Behavioral Depression Prevention Intervention for Caregivers with Elevated Depressive Symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 24(6), 421–

432. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.02.050>

Vázquez, F., Torres, A., & López, L. (2018). Cognitive behavioral intervention via a smartphone app for non-professional caregivers with depressive symptoms: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC*, *19*(414), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2793-2>

Vera, M. F., Cárdenas, S. J., & Vera, J. G. (2016). Efectos de una intervención de sesión única sobre la ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales [Effects of a single-session intervention on anxiety and depression in informal primary caregivers]. *Psicología y Salud*, *26*(1), 69–80. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1900/3475>

Yu, Y., Liu, Z. W., Li, T. X., Li, Y. L., Xiao, S. Y., & Tebes, J. K. (2020). Test of the stress process model of family caregivers of people living with schizophrenia in China. *Social Science & Medicine*, *259*(12), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113113>

Yu, Y., Liu, Z. W., Zhou, W., Zhao, M., Qiu, D., Li, Y. L., & Xiao, S. Y. (2019). Cutoff of the Zarit Burden Interview in predicting depression and anxiety. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *28*(9), 2525–2533. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02208-7>

Zabihi, S., Lemmel, F., & Orgeta, V. (2020). Behavioural Activation for Depression in Informal Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Clinical Trials. *Journal of Affective Disorders*, *274*(8), 1173–1183.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.124>

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, *20*(6), 649–655.
<https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*(CD010823). 1-117. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2>

15. Anexos

Anexo 1.

Caso clínico



Universidad Nacional Autónoma de México

Maestría en Psicología

Residencia en Medicina Conductual

Lic. José David Ramírez Cruz



Caso Clínico

Ficha de identificación:

Nombre ficticio: Karen

Edad: 49 años

Ocupación: Jubilada/atención psicológica

Religión: Católica

Estado civil: Unión libre

Escolaridad: Licenciatura

Lugar de origen/residencia: Estado de Michoacán

Criterio de selección de caso

La Artritis reumatoide (AR) es una condición crónica autoinmune inflamatoria que puede causar inflamación y daños a las articulaciones, y que afecta al 1% de la población

global (Lwin et al., 2020). En pacientes con AR, investigaciones como la de Maldonado et al., (2017) han demostrado una prevalencia de la depresión del 38.8%, cifras más altas que las observadas en pacientes con otras enfermedades crónicas, tales como: diabetes (12%), enfermedad de Parkinson (17%) y cáncer (24%).

La AR y la depresión mantienen una relación bidireccional. El diagnóstico de AR, los síntomas como dolor y fatiga, el avance progresivo de la enfermedad y las limitaciones experimentadas por el paciente pueden resultar en desencadenantes de la depresión; también, los procesos biológicos relacionados con los procesos inflamatorios de las citoquinas que alteran el metabolismo de la serotonina, norepinefrina y dopamina en regiones implicadas en la regulación emocional tales como el sistema límbico (Maldonado et al., 2017). El diagnóstico de depresión también puede impactar el desarrollo de la AR, se ha observado que pacientes con ambos diagnósticos reportan niveles mayores de dolor, fatiga y una menor adherencia al tratamiento (Lwin et al., 2020).

Uno de los tratamientos efectivos para la depresión es la TCC, la cual también ha sido utilizada en el campo de las enfermedades crónicas, véase Safren et al., (2014) en pacientes con diabetes de tipo II y con depresión, Safren et al., (2021) en pacientes con VIH y con depresión. Específicamente en pacientes con AR y depresión, un reciente metaanálisis ha demostrado que los niveles de depresión decrecen de forma significativa con la aplicación de esta terapia psicológica (Shen et al., 2020). La eficacia de estas intervenciones ha ocasionado que se resalte la importancia del acceso a tratamiento psicológico como parte de los planes de manejo de la enfermedad en la AR (Sharpe, 2016).

A pesar de la evidencia a favor de la TCC, un bajo porcentaje de la población es el que accede a este tipo de tratamiento. En el caso de los pacientes con AR, investigaciones como la de Fuller y Shaked (2009) muestran que menos de la mitad han sido atendidos por depresión (45%), y solamente un 29% tuvo más de cuatro consultas. Frente a estos desafíos, han surgido distintas alternativas con el fin de disminuir las brechas existentes en el acceso a tratamientos psicológicos eficaces. Con el desarrollo tecnológico, la Terapia Cognitivo Conductual basada en internet (TCCi) se ofrece como una alternativa viable para eliminar las brechas de accesibilidad física (Blaney et al., 2021).

El caso aquí presentado fue seleccionado a causa de varios motivos, el primero por pertenecer al campo de la medicina conductual, a lo largo del texto podrá observarse esa relación bidireccional señalada en párrafos anteriores entre AR y depresión. Segundo, para demostrar de forma sistemática la implementación de distintos componentes de la TCC y el efecto que puede tener en la variable principal que es la depresión, y en variables secundarias como estrés, ansiedad y sobrecarga. Tercero, debido a que muestra formas de alcanzar sectores de la población mediante el uso de dispositivos tecnológicos (en el caso específico de la paciente, para acceder a otros servicios médicos ha tenido que desplazarse hasta 8 horas en un día). Debe señalarse que, en el caso seleccionado, además del padecimiento de AR, la paciente ejerce como cuidadora de ambos padres cada mes y medio. Investigaciones realizadas con cuidadores primarios informales han demostrado que cerca de la mitad cumplen criterios para el diagnóstico de depresión (Alspaugh et al., 1999; Pinquart & Sörensen, 2003).

Motivo de Consulta

Tristeza, desesperanza, miedo al futuro producto de consecuencias de la Artritis Reumatoide tales como dolores articulares, lesiones de rodillas, cadera, hombro izquierdo, oído que requiere prótesis.

Inseguridad para participar socialmente producto de limitaciones auditivas. Poca confianza en las habilidades para trabajar como psicóloga.

Problemáticas relacionadas con ser cuidadora producto de los síntomas que experimentan sus padres de 90 años. Su papá padece de Parkinson, y presenta conductas agresivas ante su mamá debido a que cree que ella participó en orgías y le es infiel (estas conductas agresivas se presentaron a lo largo de la vida). Su mamá también tiene Parkinson, sumado a problemas del corazón, dificultad auditiva y ceguera. La paciente reporta que es muy desgastante cuidarlos. La otra problemática relacionada con ser cuidadora son los enfrentamientos con sus hermanos, en los cuales tiene que defender sus derechos.

Antecedentes

Personales patológicos:

- 1997- Diagnóstico de Artritis Reumatoide
- 1999- Prótesis en cadera derecha
- 2017- Prótesis hombro derecho
- 2022- Comienza el proceso para la cirugía de prótesis del oído derecho (IMSS).

Psicológicos patológicos:

- 2017- Trastorno de ansiedad y depresión, trastorno de sueño por dolor y menopausia (diagnosticado por médico psiquiatra).
- Tratamientos: Alprazolam 2 mgs (1/4), Quetiapina 100 mgs (1/4), Venlafaxina 75 mgs (1).

Dinámica familiar

En la Figura 15 se puede observar la conformación familiar de la paciente, quien vive en unión libre con su pareja, a quien considera un apoyo importante para las actividades diarias, aunque lo cataloga como pasivo a la hora de brindar apoyo emocional, “cuando le cuento algo se queda callado, no sabe qué hacer” (sic.pac.).

Figura 15

Familiograma



Historia del problema

En **1997** la paciente es diagnosticada con Artritis Reumatoide (AR). Dos años después, en **1999**, se le implantó una prótesis en la cadera derecha. En **2017**, se le implantó una prótesis en el hombro derecho. Producto de las limitaciones relacionadas con la Artritis

Reumatoide, un año después en **2018**, la paciente se pensiona. En ese mismo año, su mamá sufre una lesión cerebral que compromete su funcionalidad, producto de esta situación asume el rol de cuidadora cada mes y medio, durante dos semanas. También en el **2018**, es diagnosticada con depresión y comienza a tomar tratamiento farmacológico, el cual se ha cambiado constantemente, desde hace año y tres meses toma Venlafaxina. En **2020** experimenta dificultad auditiva en ambos oídos, producto de otosclerosis, actualmente se encuentra en espera de cirugía en el IMSS para recibir una prótesis de oído derecho. Las dificultades auditivas han ocasionado que se sienta insegura para participar socialmente. En febrero del **2022** realiza una solicitud de atención por medio de la página de Facebook de la estrategia APPOYA.

Padecimiento actual

La paciente acude al servicio APPOYA con un conjunto de problemáticas que desbordan su capacidad de afrontamiento adaptativo. Se considera incompetente, posee poca confianza en sí misma, tiene miedo del futuro, y se castiga a sí misma con los *deberías*. Desde el 2018 mantiene un estado de ánimo depresivo, aunque considera que en la actualidad es menos intenso. Por momentos, cuando este aumenta, se cuestiona el sentido de la vida.

Producto del estado de ánimo depresivo la paciente ha abandonado actividades que le resultaban agradables, tiene dificultades para iniciar y completar tareas, o para mantenerse en ellas de manera constante (uno de los campos en el que ocurre es en el de los hábitos saludables, específicamente tiene dificultades para comenzar a realizar actividad física). A nivel físico, la paciente experimenta fatiga, especialmente luego de tener días con una importante carga de actividades.

Con respecto a las problemáticas señaladas algunas de las identificadas son: altos niveles de estrés al cuidar de sus papás, problemas con sus familiares producto de las labores de cuidado, sensación de incapacidad para afrontar las demandas en campos como el de realizar hábitos saludables, en lo laboral y económico, en la vivencia de la sexualidad con la pareja. Frente a estas situaciones, comúnmente la paciente ha tenido un estilo de afrontamiento evitativo (desiste de buscar soluciones a sus problemas y en cambio, se retira, aísla y disminuye las actividades, lo cual tiene un notable impacto en su estado de ánimo)

Examen mental de primera vez

Paciente de edad igual a la cronológica, complexión ectomórfica. Higiene y aliño adecuados. Orientada en las cuatro esferas (T-E-P-C). Consciente y con adecuada respuesta al ambiente. Atención y memoria conservada. Se muestra cooperadora a lo largo de la sesión. Lenguaje coherente y fluido. Velocidad y ritmo adecuados, sin alteraciones en el curso y contenido del pensamiento. Sin alteraciones aparentes en la sensopercepción. Sin alteraciones en el juicio, introspección total. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Estado de ánimo “triste”. Afecto hipotímico. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Locus de control externo. Redes de apoyo percibidas como insuficientes, con apoyo social de tipo económico. Con conciencia de enfermedad.

Examen mental relevantes en la evolución del caso

Paciente de edad igual a la cronológica, complexión ectomórfica. Higiene y aliño adecuados. Orientada en las cuatro esferas (T-E-P-C). Consciente y con adecuada respuesta al ambiente. Atención y memoria conservada. Se muestra cooperadora a lo largo de la sesión. Lenguaje coherente y fluido. Velocidad y ritmo adecuados, sin alteraciones en el curso y

contenido del pensamiento. Sin alteraciones aparentes en la sensopercepción. Sin alteraciones en el juicio, introspección total. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Estado de ánimo “tranquila”. Afecto eutímico. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción y en el problema. Locus de control externo. Redes de apoyo percibidas como insuficientes, con apoyo social de tipo económico. Con conciencia de enfermedad.

Selección y aplicación de técnicas de evaluación

- Entrevista conductual
- Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)
- Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)
- Escala de sobrecarga del cuidador Zarit
- Evaluación análoga numérica

Análisis y descripción de conductas problema

Lista de conductas problema

Motor

- Reducción de actividades agradables
- Aislamiento social
- Poco constante en la realización de actividad física
- Conductas evitativas frente a situaciones demandantes

Cognitivo-emocional

- Pensamientos de incompetencia (en lo social, en lo laboral).

- Pensamientos exigentes, deberías (“debería ser la conciliadora en mi familia” (sic.pac.), “debería cuidarlos mejor” (sic.pac.), “debería estar cuidando a mis papás” (sic.pac.).
- Pensamientos de desesperanza hacia el futuro (miedo a llegar a depender de otra persona para que le cuide).

Fisiológico

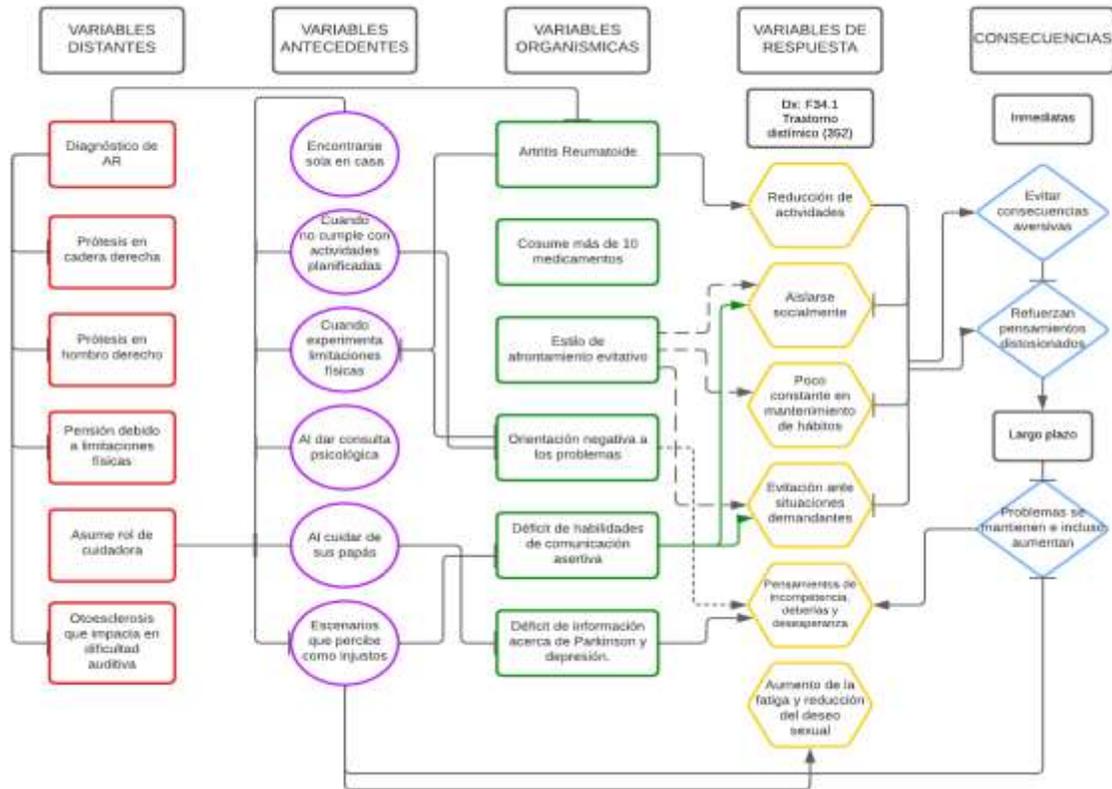
- Fatiga
- Reducción significativa del deseo sexual

Análisis de Secuencias

Para la formulación del caso se optó por el Mapa Clínico de Patogénesis, a partir del cual se derivaron las estrategias de intervención. En la Figura 16 se puede observar la formulación de caso elaborada.

Figura 16

Mapa Clínico de Patogénesis



Análisis Funcional

Karen es una paciente de 49 años, pensionada hace 4 años, quien recientemente comenzó a brindar atención psicológica. Es de religión católica, vive en unión libre y reside en el estado de Michoacán. Ella manifiesta varios motivos de consulta, siendo el estado de ánimo depresivo el principal (su depresión se ha mantenido constante desde el 2018). Señala que experimenta tristeza, desesperanza y miedo hacia el futuro debido a la enfermedad de AR. Algunas de las limitaciones, como en el caso de las auditivas, impactan en un nivel bajo de confianza en el ámbito social y profesional. La paciente debe afrontar numerosas

situaciones demandantes al asumir el rol de cuidadora, tanto con sus dos padres, como con el resto de la familia.

Se observan variables distantes que parecen estar asociadas con la etiología de los síntomas depresivos, tales como: a) El diagnóstico de AR hace 25 años, b) Prótesis en cadera derecha hace 23 años, c) Prótesis en hombro derecho hace 5 años, d) Pensión debido a limitaciones físicas hace 4 años, e) Asumir el rol de cuidadora hace 4 años tras la lesión cerebral de su madre, f) Otosclerosis que impacta en dificultad auditiva desde hace 2 años.

Por otro lado, las siguientes variables orgánicas actúan como mediadoras de respuesta: a) Padecer AR, b) Consumo de un gran número de medicamentos, incluyendo antidepresivo y ansiolíticos, c) Orientación negativa a los problemas, d) Estilo de afrontamiento evitativo, e) Presencia de distorsiones cognitivas (por ejemplo: “debería”).

Entre las respuestas problema típicas se encuentran, a nivel motor: reducción de actividades agradables, aislamiento social, dificultades para mantener hábitos saludables como realizar actividad física, conductas evitativas ante situaciones demandantes; a nivel cognitivo: pensamientos de incompetencia acerca de su desempeño en el ámbito social y laboral, pensamientos exigentes del tipo debería (“debería ser la conciliadora en mi familia”, “debería cuidarlos mejor”, “debería estar cuidando a mis papás”) (sic.pac.), pensamientos de desesperanza hacia el futuro asociados con llegar a depender de alguien debido al avance de la AR; a nivel fisiológico: fatiga y reducción significativa del deseo sexual.

Es más probable que las respuestas problema se presenten ante los siguientes estímulos antecedentes: a) Encontrarse sola en casa, b) al no cumplir con las actividades planificadas durante el día (por ejemplo: cuando no termina las actividades domésticas de limpieza), c) al experimentar limitaciones físicas para realizar ejercicio, d) al dar consulta

psicológica, e) al cuidar de sus papás, f) en escenarios que percibe como injustos y no logra expresar su molestia (por ejemplo: con las citas del IMSS y con una de sus hermanas).

Las conductas de evitación realizadas permiten escaparse de consecuencias inmediatas desagradables, tales como la tristeza que genera percibir limitaciones al hacer actividad física, o las preocupaciones que se derivan de mantener creencias asociadas con no expresar el malestar. A largo plazo, estas estrategias resultan disfuncionales ya que los problemas se mantienen, e incluso aumentan, situación que se relaciona con la sintomatología depresiva.

Dado lo anterior, se considera dirigir el tratamiento a la modificación de las variables de respuesta (motor y cognitivo) y a dos de las variables orgánicas (estilo de afrontamiento evitativo y déficit de habilidades de comunicación asertiva), por medio de las técnicas de psicoeducación, terapia de solución de problemas, elementos del entrenamiento en habilidades sociales y terapia cognitiva.

Hipótesis funcional

Si la paciente recibe un tratamiento cognitivo conductual compuesto por las técnicas de psicoeducación, solución de problemas, habilidades sociales y terapia cognitiva, su nivel de depresión disminuirá.

Diagnóstico DSM (Multiaxial con DSM IV)

Eje I: Dx: F34.1 Trastorno distímico (352)

Eje II: Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

Eje III: M06.0 Artritis reumatoide seronegativa

Eje IV: Ninguno

Eje V: EEAG= 60

Objetivos de tratamiento psicológico

Objetivo general

- Disminuir en la paciente la sintomatología depresiva.

Objetivos específicos

- Identificará la relación entre inactividad y estado de ánimo depresivo.
- Reconocerá qué estilo de solución de problemas predomina.
- Pondrá en práctica el estilo de solución de problemas planificado con una dificultad de su vida diaria.
- Pondrá en práctica el estilo de comunicación asertiva con una situación en la que requiera expresar su malestar.
- Generará pensamientos alternativos en lugar de disfuncionales.

Estrategia terapéutica

Selección de técnicas de intervención

- **Psicoeducación**

Proporcionar información al paciente acerca de la relación entre inactividad y estado de ánimo depresivo con el fin de que comience a retomar distintas actividades de manera gradual.

- **Solución de problemas**

Identificar el estilo de solución de problemas que predomina y las consecuencias derivadas.

Elaborar una lista de situaciones problemáticas y seleccionar una, con el fin de poner en práctica el estilo racional de solución de problemas.

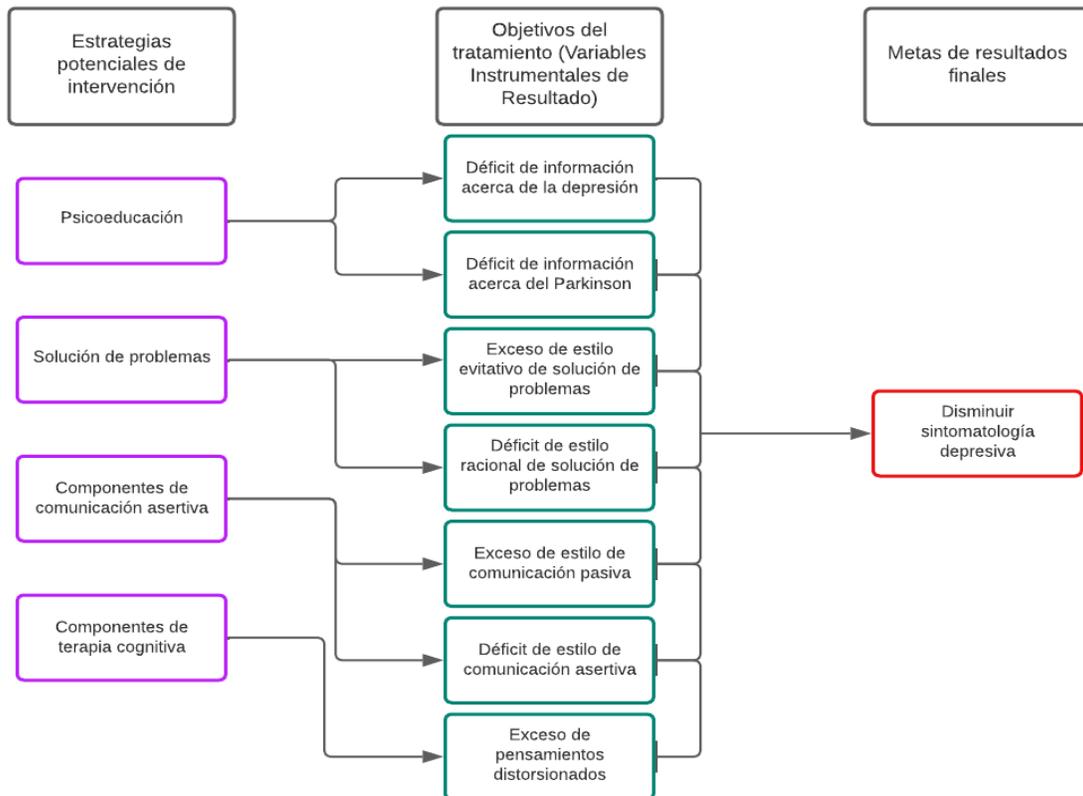
- Comunicación asertiva

Al identificar las problemáticas, algunas de ellas se encontraban relacionadas con déficits en asertividad, motivo por el que se consideró necesario el entrenamiento en situaciones muy específicas.

- Debate del pensamiento

Cuestionar y flexibilizar pensamientos relacionados con los “debería” y de incompetencia.

En la Figura 17 se puede observar la asociación entre las estrategias terapéuticas, los objetivos de tratamiento definidos y las metas de resultados finales.

Figura 17*Mapa de Alcance de Metas*

A continuación, en la Tabla 6 se observa una descripción detallada de las 12 sesiones llevadas a cabo con la paciente.

Descripción de las sesiones

Tabla 6

Descripción de las sesiones

Sesión y fecha	Técnicas de intervención	Procedimiento	Resultados
Evaluación previa (solicitud)	Aplicación DASS-21	Es respondido previo a la primera sesión.	Puntuación estrés: 2 Puntuación ansiedad: 16 Puntuación depresión: 28
Sesión 1 23/2/2022	Entrevista conductual	Se establecieron componentes de relación, se identifica motivo de consulta.	La paciente reporta poca motivación y dificultades para continuar con tareas que ha comenzado (del hogar, sociales y académicas/laborales). La paciente reporta experimentar desesperanza cuando considera que no es capaz de realizar una actividad; ansiedad por no cumplir con los tiempos establecidos (sic.pac.); desilusión cuando comienza algo y no logra llevarlo a cabo (sic.pac.). Frente a situaciones como las anteriores, la paciente señala que se castiga a sí misma con distintos pensamientos (sic.pac).
	Psicoeducación	Se proporciona información acerca de la relación entre la conducta, el estado de ánimo y los pensamientos.	Se explica a la paciente la relación entre la conducta, el estado de ánimo y los pensamientos, y cómo cambiar lo que hacemos y pensamos puede disminuir la depresión.

			está considerando el componente de la AR. “En otras ocasiones he ido con terapeutas, pero no me he sentido entendida con mi enfermedad” (sic.pac.).
Sesión 3 9/3/2022	Seguimiento de la semana	Escucha activa y reforzamiento positivo de los cambios mencionados por la paciente.	La paciente ha comenzado a integrar nuevas actividades a su rutina, tales como asistir a la iglesia y planear una salida con una amiga.
	Psicoeducación	Se proporciona información acerca de la importancia de adaptar sus actividades a su condición de salud. Se recomienda establecer contacto con su fisioterapeuta para que la oriente con respecto a la actividad física.	La paciente menciona que durante la semana establecerá contacto con su fisioterapeuta.
	Formulación del caso	Se presenta una figura que incluye los antecedentes próximos y distales, las variables del organismo, los tres niveles de respuesta y las consecuencias (ver anexo 1). Registro ERA	La paciente se encuentra de acuerdo con la devolución. Menciona que no se había dado cuenta del componente emocional asociado con las limitaciones que percibe al realizar actividad física. Refiere 3 (inicio) y 1 (final) de puntuación.
Sesión 4 16/3/2022	Seguimiento de la semana	Escucha activa y reforzamiento positivo de los cambios mencionados por la paciente.	La paciente ha seguido integrando nuevas actividades a su rutina, como salir con otra amiga, escuchar música con su pareja y asistir a una fiesta familiar.
	Aplicación	Es respondido durante la	Puntaje total de depresión:

	BDI-II	sesión debido a que la paciente tuvo dificultades para hacerlo sin apoyo.	30
	Lista de problemas	Se comienza a elaborar una lista de situaciones problemáticas en la vida de la paciente.	Se completa un JotForm elaborado para definir distintas problemáticas (4 en total).
	Aplicación Zarit (contestar durante la semana).	Se asigna completar el instrumento de Zarit, de manera similar a como se realizó el BDI-II.	Paciente completa el instrumento al salir de la sesión. Puntaje total sobrecarga=50.
	Lista de problemas (contestar durante la semana).	Se asigna completar la lista de problemas durante la semana.	Se completa un JotForm elaborado para definir distintas problemáticas (8 en total).
		Registro ERA	Refiere 1 (inicio) y 1 (final) de puntuación.
Sesión 5 23/3/2022	Seguimiento de la semana	Escucha activa y reforzamiento positivo de los cambios mencionados por la paciente.	La paciente señala que ha experimentado una mejoría considerable en su estado de ánimo, ha seguido participando en actividades como el planeamiento del cumpleaños de su mamá, y ha dosificado otras como la atención de pacientes.
	Aplicación BDI-II y Zarit	Se brinda la devolución de los puntajes obtenidos en ambos instrumentos.	Puntuación de depresión severa en el BDI-II. Puntuación de sobrecarga leve en Zarit.
	Lista de problemas	A partir de la lista elaborada en la sesión anterior, se puntuaron las problemáticas de acuerdo al grado de dificultad y de importancia para la paciente.	Se seleccionaron las dos problemáticas más relevantes para la paciente: a) poca confianza en el área laboral, b) dificultad experimentada para mejorar hábitos saludables.
	Psicoeducación	Se proporciona	Se explica a la paciente

	Propuesta de tratamiento	<p>información, basada en la terapia de solución de problemas, acerca de la relación entre problemas y estado de ánimo (depresión).</p> <p>Se proporciona información a la paciente acerca de las dos técnicas principales de intervención seleccionadas, la técnica de solución de problemas y componentes de terapia cognitiva.</p> <p>Registro ERA</p>	<p>mediante una figura la relación entre problemas, estrés y estrategias de afrontamiento.</p> <p>La paciente se encuentra de acuerdo con la propuesta de tratamiento.</p> <p>Refiere 1 (inicio) y 1 (final) de puntuación.</p>
Sesión 6 30/3/2022	<p>Seguimiento de la semana</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Identificación del estilo de solución de problemas</p> <p>Lectura de texto acerca de estilos de solución de problemas y tipos de orientación</p>	<p>Se realiza escucha activa y se validan emociones que surgieron a partir de la cita con el reumatólogo.</p> <p>Se proporcionó información acerca de los estilos de solución de problemas.</p> <p>A partir de la información brindada a lo largo del proceso terapéutico la paciente analiza el estilo predominante de solución de problemas.</p> <p>Se asigna durante la semana leer el texto acerca de los estilos de solución de problemas y de los tipos de orientación (positiva-</p>	<p>La paciente comenta acerca de la cita: “Fue una negación de mi parte entender esto, que no puedo hacer muchas cosas” (sic.pac.).</p> <p>Se explica a la paciente mediante un texto los estilos de solución de problemas: evitativo, impulsivo, racional.</p> <p>La paciente identifica que predomina un estilo evitativo, aunque en ocasiones impulsivo cuando requiere actuar de manera obligada.</p> <p>Paciente consolida el contenido de la sesión.</p>

	(positiva/negativa).	negativa). Registro ERA	Refiere 5 (inicio) y 3 (final) de puntuación.
Sesión 7 8/4/2022	Seguimiento de la semana	Se realiza escucha activa y se validan emociones que surgieron a partir de la cita médica en el IMSS y de problemas con su hermana.	Se establecen estas situaciones problemáticas para comenzar a aplicar los 5 pasos del estilo de solución de problemas racional.
	Psicoeducación	Se proporciona información acerca de los dos primeros pasos: definición del problema y generación de alternativas.	Se explica a la paciente los criterios para definir una problemática y los principios de: aplazamiento del juicio, cantidad y variedad, para generar alternativas.
	Definición del problema	De las dos situaciones problemáticas ocurridas durante la semana se analizó el componente en común.	La problemática se definió como: “Al no obtener lo que quiero/espero experimento una sensación de injusticia, ante lo cual evito la situación”. (Frente a solicitudes que considero abusivas por parte de mi hermana, me quedo callada y no expreso mi malestar).
	Generación de alternativas	Se le solicita a la paciente describir numerosas funciones que puede tener un lapicero.	La paciente se muestra flexible y menciona una amplia cantidad de funciones. El terapeuta hace énfasis en que este es el punto central durante la fase de generar alternativas.
	Generación de alternativas	Se le solicita a la paciente identificar posibles alternativas al problema.	Se identifican posibles alternativas: a) expresar el malestar, b) ponerse en la posición de ella y preguntarle acerca de las razones de su conducta, c) seguir evitando la

	<p>Generación de alternativas</p> <p>Guía solución de problemas</p>	<p>Se le solicita a la paciente identificar posibles alternativas al problema.</p> <p>Se proporciona una guía de solución de problemas para que sea revisada en casa.</p> <p>Registro ERA</p>	<p>confrontación debido a la creencia: “soy la mediadora de la familia”.</p> <p>En casa durante los próximos 15 días la paciente generará alternativas de solución.</p> <p>La paciente consolida el contenido de la sesión y se familiariza con los restantes pasos a abordar en las siguientes sesiones.</p> <p>Refiere 2 (inicio) y 0 (final) de puntuación. La paciente menciona: “Fue una sesión muy productiva ya que me permitió conocer mejor cuáles son mis problemas e identificar que puedo hacer algo para manejarlos.</p>
<p>Sesión 8 22/4/2022</p>	<p>Seguimiento de la semana</p> <p>Definición del problema</p> <p>Identificación de pensamientos</p>	<p>Escucha activa y reforzamiento positivo de los cambios mencionados por la paciente.</p> <p>Debido a que la problemática definida previo a la Semana Santa ya no resultaba pertinente, se definió otra situación problemática.</p> <p>A partir de una situación “A” (conductas problema del padre asociadas con el</p>	<p>Paciente refiere “<i>sobrellevar mejor los altibajos</i>” (sic. pac.). Un cambio reportado ha sido que, frente a situaciones problemáticas, se ha comunicado con otras personas.</p> <p>Se definió como situación problemática: “Mi manera de afrontar como cuidadora las conductas problema de mi padre (de tipo agresivo y celotipia). Esta problemática se ha mantenido desde hace un tiempo considerable.</p> <p>La paciente identifica la influencia de los pensamientos</p>

	distorsionados	Parkinson), la paciente experimenta emociones de enojo, tristeza y compasión “C”, como pensamientos “B” se identifican los del tipo “debería cuidar mejor de mis papás” “no hago lo suficiente” (sic.pac).	distorsionados en su estado de ánimo.
	Psicoeducación	Como tarea para la semana se le indica que lea el capítulo “Enfermedad de Parkinson en etapa avanzada”, de la guía “Cuidado y manejo”.	Para las siguientes sesiones la paciente cuenta con información médica que facilita su toma de decisiones.
Sesión 9 27/4/2022	Seguimiento de la semana	Escucha activa y psicoeducación acerca de la técnica de solución de problemas.	Paciente comenta una nueva situación problemática con su pareja, debido a la poca colaboración que brinda en el hogar, escenario opuesto a la ayuda brindada a su propia familia (madre y a sus hijos). La paciente identifica que por sí misma puede ser capaz de aplicar la técnica de solución problemas y por el momento, en sesión, continuar con la definida la semana anterior.
	Psicoeducación	Se presenta el siguiente video: https://www.youtube.com/watch?v=7Nfx8sKe2zw	Paciente comenta que el video le ha permitido darse cuenta que algunos de los comportamientos de su papá son parte de la enfermedad, y que, por lo tanto, muy poco se puede hacer para modificarlos. Reconoce alternativas para responder de mejor forma.

	<p>Generación de alternativas</p> <p>Reforzamiento positivo</p>	<p>Como tarea para la semana se le indica elaborar una lista de alternativas frente a la problemática definida en la sesión anterior.</p> <p>Se hace énfasis en las consecuencias positivas de conocer acerca de los padecimientos.</p>	<p>Paciente comenta que la lista de alternativas ahora es más amplia, a partir de la información obtenida del video.</p> <p>Paciente reconoce que puede generar temor conocer acerca de un padecimiento, pero también puede facilitar la planificación.</p>
<p>Sesión 10 4/5/2022</p>	<p>Seguimiento de la semana.</p> <p>Generación de alternativas</p> <p>Identificación de creencias y psicoeducación del modelo ABC.</p>	<p>Escucha activa y reforzamiento de la búsqueda de apoyo social por parte de la paciente.</p> <p>Se brinda información acerca de los tres criterios a considerar durante la generación de alternativas: cantidad, variabilidad y aplazamiento del juicio.</p> <p>La paciente señala que por momentos experimenta culpa al cuidar de su papá. Se identifica que ante situaciones en las que expresa desacuerdo con su papá (A), se mantiene la creencia: “No estoy dándole a papá su lugar</p>	<p>Paciente refiere estabilidad en su estado de ánimo. Comenta que tuvo un dolor de rodilla que la hizo sentirse desanimada, pero que el apoyo de una de sus hermanas, de su cuñado y de su pareja contribuyeron para sentirse mejor.</p> <p>Las alternativas planteadas se pueden clasificar en tres categorías: las de distracción, manejo de mis propias reacciones (diversos pensamientos, emociones como el enojo), y “hacer entrar en razón” al paciente (resaltar su comportamiento y solicitarle un cambio).</p> <p>La paciente identifica la importancia de reconocer los pensamientos para comprender mejor su estado de ánimo.</p>

		de autoridad en la casa” (B), y por lo general experimenta culpa (C).	
Sesión 11 11/4/2022	Seguimiento de la semana. Evaluación de las alternativas.	Escucha activa. Frente a cada alternativa la paciente evalúa las ventajas y desventajas, posteriormente asigna una puntuación del 0-8.	Paciente señala que disfrutó de su cumpleaños número 50, en compañía de la familia y amigos. Comenta que ha retomado la capacidad de disfrutar. La paciente señala que una de las opciones más viables es rezar, como técnica de distracción cuando se presentan los comportamientos agresivos. Además, se le confronta la utilidad de la estrategia de hacerle entrar en razón a su papá y solicitarle un cambio de comportamiento. La paciente reconoce que le cuesta aceptar que muchos de los comportamientos forman parte de la propia condición de enfermedad.
Sesión 12 18/5/2022	Aplicación BDI-II, Zarit y DASS-21. Recapitulación	Se brinda la devolución de los puntajes obtenidos en los tres instrumentos. Se identifican en conjunto con la paciente los principales aprendizajes del proceso terapéutico.	Puntuación moderada de depresión en BDI-II, puntuación de sobrecarga intensa en Zarit, puntuaciones en el DASS-21: Estrés=6 Ansiedad=6 Depresión=8 La paciente menciona que aprendió la importancia de mantenerse activa contra la depresión (el terapeuta hace énfasis en la importancia de considerar los límites, tomando en cuenta el

			<p>impacto que puede tener hacer más actividades de lo debido padeciendo AR).</p> <p>Señala también que identificó situaciones que no puede modificar, frente a las cuales inicialmente se peleaba, pero que ahora ha ido aceptando (relacionado con la AR, y con la enfermedad de sus papás).</p> <p>Como tercer aprendizaje, la paciente señala que se ha dado cuenta que existen alternativas frente a las problemáticas que se presentan.</p>
--	--	--	---

Resultados

Con respecto a los objetivos de tratamiento establecidos, en la Tabla 7 se presenta el porcentaje de cumplimiento de estos al concluir el proceso de atención.

Tabla 7

Porcentaje de cumplimiento de los objetivos de tratamiento

Objetivo	Porcentaje de cumplimiento (0-Nada y 10-Completamente)
-Identificará la relación entre inactividad y estado de ánimo depresivo.	10
-Reconocerá qué estilo de solución de problemas predomina.	10
-Pondrá en práctica el estilo de solución de problemas planificado con una dificultad de su vida diaria.	10
-Pondrá en práctica el estilo de comunicación asertiva con una situación en la que requiera expresar su malestar.	0
-Generará pensamientos alternativos en lugar de disfuncionales.	5

Dos de los objetivos no se cumplieron en su totalidad, esto se debió principalmente a limitaciones del tiempo, ya que se dio énfasis a la implementación de la técnica de solución de problemas.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos a partir de las evaluaciones realizadas con los instrumentos DASS-21, BDI-II y Zarit. En la Tabla 8 pueden observarse los del DASS-21.

Tabla 8

Puntajes obtenidos en la escala DASS-21

Puntuación	Pre-test	Post-test
Estrés	2	6
Ansiedad	16	6
Depresión	28	8

La paciente muestra tanto niveles de ansiedad, como de depresión severos previo a comenzar el proceso psicoterapéutico. Al finalizar, los puntajes se ubican en rangos normales. Con el fin de obtener información para el diagnóstico de depresión se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (BDI-II por sus siglas en inglés), en la Tabla 9 se observan los puntajes obtenidos.

Tabla 9

Puntajes obtenidos en el BDI-II

Semana	Cuarta	Octava	Duodécima
Puntaje total	30	No	24

La primera evaluación realizada con el BDI-II muestra niveles de depresión severos. La aplicación del instrumento se planificó para la segunda semana con el objetivo de

triangular la información obtenida en la entrevista y en la aplicación del DASS-21. Por dificultades relacionadas con lo tecnológico, el instrumento se completó durante la cuarta sesión. Estas mismas dificultades pudieron generar que la paciente no completara el instrumento en la octava semana. En la sesión doce el puntaje obtenido muestra niveles de depresión moderados.

Debido a que se ha observado una correlación positiva entre los niveles de sobrecarga y de depresión en cuidadores, se aplicó la escala de carga del cuidador Zarit. En la Tabla 10 se observan los resultados obtenidos.

Tabla 10

Puntajes obtenidos en el Zarit

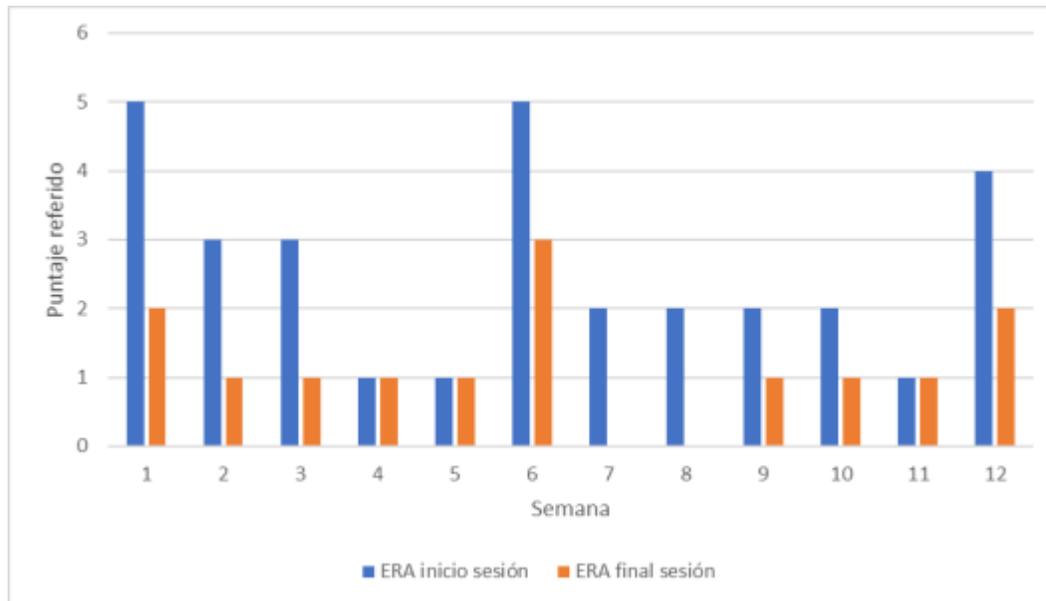
Semana	Cuarta	Octava	Duodécima
Puntaje	50	No	61

La primera evaluación realizada con el Zarit muestra niveles de sobrecarga leve. De igual manera, por inconvenientes con los dispositivos tecnológicos el instrumento se completó en la cuarta sesión. Al finalizar, la puntuación indica niveles de sobrecarga intensa.

En cada sesión, al inicio y al final se realizó una evaluación referida análoga, en una escala donde 0 significa “muy bien, refirió sentirse excelente” y 10 “muy mal, refirió sentirse terrible”. En la Figura 18 se presentan las evaluaciones referidas por la paciente al comienzo y final de cada sesión, durante las once semanas de tratamiento.

Figura 18

Puntuaciones en las escalas referenciales análogas antes y después de cada sesión



Conclusiones, áreas de oportunidad y comentarios finales

La intervención desarrollada permite observar la viabilidad de integrar los enfoques nomotéticos e ideográficos. En lugar de mirarlos como opuestos, se partió desde una lógica ideográfica mediante la aplicación de la entrevista conductual en las dos primeras sesiones y la formulación del caso a través del mapa clínico de patogénesis. Esta primera etapa permitió identificar aquellas variables que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de la depresión de la paciente.

Para la selección del tratamiento el enfoque nomotético resultó útil. A partir de las pautas de los tratamientos basados en la evidencia el clínico contó con una variedad de opciones, en este punto la tarea fue seleccionar aquel que mejor se ajustara a las características específicas del caso, es decir, elegir el traje a la medida. Al integrar la

información obtenida de la evaluación, la evidencia a favor de ciertos tratamientos psicológicos y el juicio clínico del terapeuta, se seleccionó como intervención principal la técnica de solución de problemas, en conjunto con componentes de comunicación asertiva y de terapia cognitiva. No puede omitirse dentro de este proceso el involucramiento por parte de la paciente, quien a partir de la formulación del caso presentado se mostró a favor del tratamiento seleccionado. Este punto es crucial si se quiere aumentar la adherencia con el proceso terapéutico, tal y como ocurrió en el caso expuesto.

Del proceso descrito anteriormente, puede observarse cómo se integraron los tres componentes que conforman a la psicología basada en la evidencia, que es definida por la APA (2006) como: la integración de los últimos descubrimientos científicos con las preferencias, circunstancias, y la individualidad de cada caso, aunado al juicio del profesional, con el objetivo de poner en práctica los procedimientos más efectivos para la solución de determinadas problemáticas.

El proceso de toma de decisiones descrito se considera acertado, conforme se fueron llevando a cabo las sesiones la paciente fue reportando una reducción en los niveles de depresión, como puede observarse en los resultados presentados. Más allá de los puntajes arrojados por los instrumentos de evaluación, vale la pena también mencionar algunos de los comentarios que la paciente fue realizando a lo largo de las sesiones, entre ellos destacan: “Ya no me siento como una niña pequeña que no sabe qué hacer cuando se presenta un problema (sic. pac.)” “Esta semana me descubrí riendo a carcajadas, era algo que hace mucho no ocurría (sic. pac.)” “Descubrí que no puedo hacerlo todo y que no debo sentirme culpable por descansar (sic. pac.)” “Hay situaciones que son propias de la enfermedad, y aunque quisiera que fueran distintas, quizás lo mejor sea aceptar (sic. pac.)”

Otro aspecto a considerar es el uso de los dispositivos tecnológicos. Hasta hace algunos años, para quien ejerce como terapeuta de este caso, la única modalidad de atención era la presencial. Si bien una pregunta que me inquieta es la de, ¿cómo garantizar el acceso de la mayoría de la población a consulta psicológica?, mantenía mis dudas con respecto a modalidades en línea, me preguntaba, ¿cómo se establecería la relación terapéutica? ¿sería un ambiente menos cálido? A partir de la experiencia del último año, he aprendido que la capacidad del ser humano para establecer relaciones sociales y crear vínculos es amplia. Por medio de dos pantallas, terapeuta y paciente han logrado ir dando soluciones a diversas problemáticas. Este caso aporta evidencia a favor del uso de dispositivos tecnológicos en la labor psicológica. De no haber sido por el uso de estos dispositivos, la atención resultaría impensable debido a la distancia física. En el caso de la paciente, para otras citas médicas ha tenido que desplazarse durante 8 horas en un mismo día, muchas veces para un chequeo general y la frustrante noticia de que todavía no se cuenta con el implante que requiere.

Una de las áreas de oportunidad se presentó justo en el área tecnológica, con respecto a las habilidades con las que contaba la paciente, las cuales eran limitadas. Como paso previo al inicio del proceso terapéutico, sería importante evaluar estas habilidades y realizar los ajustes requeridos. En el caso que se expone, la paciente tuvo dificultades para responder a los cuestionarios cuando se le asignaron como tarea, fue hasta en la cuarta sesión cuando el terapeuta identificó el déficit en habilidades tecnológicas y dedicó un tiempo de la sesión para explicar de forma detallada cómo completarlo.