

**División de Ciencias Sociales y Humanidades**

***Cuidando a un enfermo: afrontamiento,  
estrés, burnout y apoyo social percibido***

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL**

Presenta:

**Aglaé González Ramírez**

Asesores:

---

Mtro. Carlos César Contreras Ibáñez

---

Mrta. Alicia Saldívar Garduño

---

Mtro. Carlos Fernando Ortiz Lachica

México, D. F. Diciembre de 2006.

# ÍNDICE

## PRIMERA PARTE

<b>Introducción</b> .....	5
<b>1. Marco Sociodemográfico</b> .....	9
1.1. La familia.....	9
1.1.1. Orígenes y breve historia de la familia.....	9
1.1.2. ¿Qué es familia?.....	11
1.1.3. Estructura de la familia.....	13
1.1.4. Individuo y familia.....	16
1.2. Vida y Muerte.....	17
1.2.1. La vida y la muerte para el mexicano.....	18
1.2.2. La medicina y la muerte.....	20
1.3. Mortalidad, causas de defunción y el cambio epidemiológico en México..	22
1.4. La enfermedad.....	36
1.4.1. ¿Qué es enfermedad?.....	37
1.4.2. Definición de enfermedad terminal.....	39
1.4.3. El paciente con una enfermedad terminal.....	41
1.4.4. El paciente con una enfermedad terminal, la familia y la sociedad..	45
1.5. Instituciones que atienden a pacientes con una enfermedad terminal.....	48
1.5.1. Historia de las instituciones y centros de atención para enfermos terminales.....	49
1.5.2. Organización Mundial De La Salud (OMS).....	51
1.5.3. Instituto Mexicano de Tanatología, A. C. (INMEXTAC) .....	52
<b>2. Marco teórico</b> .....	54
2.1. Estrés.....	54
2.1.1. Breve historia.....	54
2.1.2. Definición.....	58

2.1.3. Estrés desde la perspectiva de Lazarus y Folkman.....	61
2.1.4. Investigaciones sobre estrés.....	64
2.2. Afrontamiento.....	66
2.2.1. Definiciones de afrontamiento.....	68
2.2.2. Perspectivas sobre afrontamiento.....	70
2.2.3. Afrontamiento desde la perspectiva de Lazarus y Folkman.....	75
2.2.3.1. Definición de afrontamiento.....	75
2.2.3.2. El afrontamiento como proceso.....	76
2.2.3.3. Etapas del afrontamiento.....	77
2.2.3.4. Funciones del afrontamiento.....	79
2.2.3.5. Recursos para el afrontamiento.....	88
2.2.3.6. Las situaciones estresantes y el afrontamiento.....	93
2.2.4. Investigaciones sobre afrontamiento.....	95
2.3. Apoyo social.....	98
2.3.1. Teorías relacionadas con el apoyo social.....	99
2.3.2. Clasificaciones de tipos de apoyo social.....	100
2.3.3. Definiciones.....	102
2.3.4. Aspectos del apoyo social.....	104
2.3.5. Apoyo social percibido.....	109
2.3.6. Definiciones integradoras.....	110
2.3.7. Investigaciones sobre apoyo social.....	112
2.4. Estrés, afrontamiento y apoyo social.....	113
2.4.1. Investigaciones sobre estrés, afrontamiento y apoyo social.....	115
2.5. El síndrome de sobrecarga emocional o burnout.....	118
2.5.1. Investigaciones sobre el síndrome de sobrecarga emocional o burnout.....	121
<b>3. Método.....</b>	<b>123</b>
3.1. Planteamiento del problema.....	123
3.2. Objetivos general.....	123
3.3. Hipótesis general.....	123
3.4. Objetivos e hipótesis específicos.....	123

3.5. Definiciones conceptuales y operacionales de variables.....	125
3.5.1. Definición conceptual y operacional de variable dependiente.....	125
3.5.2. Definición conceptual y operacional de las variables independientes.....	126
3.6. Participantes.....	130
3.7. Instrumento.....	130
3.8. Procedimiento.....	132
3.9. Análisis.....	134
<b>4. Resultados.....</b>	<b>136</b>
4.1. Descripción de los cuidadores.....	136
4.2. Descripción de datos generales.....	141
4.3. Estadísticas descriptivas.....	145
4.4. Análisis factorial.....	146
4.5. Correlación.....	150
4.6. Análisis de varianza.....	153
4.6.1. Diferencias encontradas por sexo.....	153
4.7. Regresión.....	154
<b>5. Discusión.....</b>	<b>160</b>
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>164</b>
<b>7. Referencias.....</b>	<b>166</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>171</b>
8.1. Anexo 1 (Instrumento).....	172

## SEGUNDA PARTE

<b>9. Propuesta de intervención.....</b>	<b>179</b>
9.1. Introducción.....	179
9.2. Justificación.....	180
9.3. Consideraciones.....	181
9.4. Objetivos.....	181

9.5. Diseño.....	182
9.5.1. Evaluaciones para el taller.....	183
9.5.2. Variables.....	183
9.6. Procedimiento.....	183
9.7. Evaluación.....	184
9.7.1. Comentarios y sugerencias de los participantes.....	185
9.8. Conclusiones.....	188
9.9. Referencias.....	190
9.10. Anexo 2 (Carta descriptiva).....	191
9.11. Anexo 3 ( Pre-test).....	193
9.12. Anexo 4 (Pos-test).....	197
9.13. Anexo 5 (Lista de participantes).....	198
9.14. Anexo 6 (Constancia de participación).....	199
9.15. Anexo 7 (Agradecimiento).....	200

## **Introducción**

Tras el diagnóstico de una enfermedad, toda la familia tiene que hacer frente a una gran cantidad de decisiones, emociones y cambios en su forma habitual de vivir y convivir. La presencia de ésta ya sea aguda o crónica representa un giro en el funcionamiento de la familia, para adaptarse a la situación.

Cada miembro de la familia puede tener un mayor o menor grado de implicación en el cuidado del enfermo, pero lo cierto es que ninguno de ellos puede evitar que su vida se vea transformada. No es extraño que los cuidadores (quienes en muchas ocasiones son del sexo femenino) sean casi siempre familiares de los pacientes que se ven obligados a asumir dicho rol para el cual no están preparados y que generalmente no cuentan con ayuda de nadie más. El familiar como persona que cuida cambia aspectos de su vida, abandona el trabajo, el estudio, duplica sus deberes o asume las funciones y labores del enfermo.

La familia se ve amenazada de manera importante en tres áreas: la salud, la económica y la emocional. Uno de los cambios que se presentan y que causan mucha tensión es la modificación de los espacios tanto físicos como vitales, otro es la alteración de los roles. El grado de amenaza puede verse afectado por el tipo de padecimiento, tiempo de la enfermedad, etc.

Por tanto es primordial hacer mención de las enfermedades que amenazan la salud de nuestra nación, para conocer el tipo de padecimientos que sufren los enfermos que atienden los cuidadores. Las enfermedades que aquejan a la población ya no son infecciosas, las cuales terminaban con la vida de las personas precipitadamente, sino son enfermedades degenerativas. El cambio epidemiológico que se ha dado en el último siglo, ha permitido que se prolongue más el tiempo de vida. Sin embargo, las enfermedades crónico-degenerativas

como cáncer apoplejía, enfermedades cardiovasculares, pulmonares o Alzheimer, por mencionar algunas, son las que asolan nuestra salud.

Es importante reconocer que para el sistema de salud el cambio epidemiológico es un gran reto. En 2004 la Secretaria Nacional de Salud señaló que de 25.2 millones de hogares en el país sólo 11.9 millones son de no asegurados. Es decir que el 47 % de los hogares no son alcanzados por los programas de prevención.

Paradójicamente, la mortalidad es el aspecto que mejor describe la situación de la salud en México. Los estudios demográficos realizados por Partida y García (2002), indican que incremento numérico de las personas mayores, así como su mayor esperanza de vida, reflejarán aumentos tanto en el número de personas que experimenta alguna patología o discapacidad, como en el número de años que sobrevivan con el peso de esos padecimientos. En este contexto, el proceso de la transición epidemiológica, está caracterizado por un mayor control de las enfermedades transmisibles y por el incremento relativo de las enfermedades crónicas y degenerativas, como principales causas de muerte; las cuales se piensa adquirirán mayor fuerza.

Simplemente en 2003 en México, los tumores malignos causaron cerca de 60 mil muertes, y la diabetes melitus una cifra similar, de acuerdo con las estadísticas de Mortalidad del INEGI (2004). Es importante señalar que este tipo de causas de defunción tienen una fase terminal, es decir que un número importante de la población está o estará padeciendo de una enfermedad terminal. Sumando a estas cantidades las cifras de causa de muerte por enfermedades crónicas-degenerativas como la deficiencia renal, hepática, cardíaca, etc., y el síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), que por lo general también llegan a fases terminales, estaríamos hablando de una parte de la población considerable que sufren o esta en vías de padecer una enfermedad terminal.

Actualmente los cuidadores dedican más tiempo al cuidado del paciente y por periodos mucho más extensos. Esta es la razón más importante por la que la familia es el bastión del enfermo. El afecto que proporciona y la cantidad de tiempo que dedica son insustituibles para él. El cuidador es el recurso más valioso para el paciente.

El tema de los cuidadores es digno de considerarse en un estudio serio que permita ampliar el conocimiento sobre este segmento de la población. Reflexionar acerca de los estilos de afrontamiento de los cuidadores y como estos se relaciona con el estrés, el apoyo social percibido, puede permitirnos un buen inicio en la comprensión sobre este sector; así como dar la pauta a nuevas investigaciones.

Este trabajo presenta en el capítulo 2 un panorama general sobre la familia mexicana y la importancia de ésta para el individuo, la enfermedad, la salud en México, instituciones que orientan y atienden a pacientes y familiares con enfermedades terminales.

En el capítulo 3, se exponen los conceptos: estrés, afrontamiento, emociones apoyo social percibido, *burnout* (sobrecarga emocional). Conceptos que permiten explicar las respuestas a las situaciones estresantes.

El método se encuentra descrito en el capítulo 4, contiene el planteamiento del problema, los objetivos, las hipótesis, la definición conceptual y operacional de las variables, los participantes, el instrumento, procedimiento realizado en el estudio y el tipo de análisis de datos utilizados.

En el capítulo 5 se describen los resultados, es decir, la descripción de los datos generales, los estadísticos descriptivos, análisis factorial, correlaciones, diferencias encontradas y regresiones.

La discusión se presenta en el capítulo 6, en el capítulo 7 se encuentran las conclusiones. Las referencias están en el capítulo 8, los anexos en el 9.

El capítulo 10 contiene el proyecto de intervención, producto de la investigación realizada, basado esencialmente en los resultados obtenidos.

# **1. Marco sociodemográfico**

## **1.1. La familia**

Es de suma importancia, considerar el papel que juega la familia cuando uno de sus miembros se ve afectado en su salud. Es innegable que la familia es el grupo más importante para la formación de toda persona, y que también es el grupo primario que nos provee de lo necesario para adaptarnos y desenvolvemos en el mundo social. Cuando una persona carece de salud, la familia cobra gran relevancia en la vida de ésta, y se hace aun más necesaria cuando la salud se ve amenazada por una enfermedad terminal. Un paciente con una enfermedad crónica degenerativa, grave o terminal sufre de fuertes tensiones, y es aquí donde la familia, como grupo primario puede proveer de lo necesario al paciente para afrontar su situación.

Por lo antes mencionado, es necesario ahondar sobre el tema de la familia, su origen, su estructura, y relación con el individuo, con el propósito de saber cómo ésta participa en la formación de los individuos. En los siguientes párrafos se ahonda en este tema.

### **1.1.1. Orígenes y breve historia de la familia**

Por lo antes expuesto, se presenta a continuación un breve resumen del origen y la historia de la familia, tomando en cuenta que cuando se hablar de los orígenes de la familia muy probablemente se omitiendo muchos detalles, debido a que el término “familia” ha acuñado diferentes conceptos a lo largo de la historia y de acuerdo a cada época.

De acuerdo con Leñero (1976), las necesidades que dieron origen a la familia se pueden expresar de la siguiente manera

a) Búsqueda de protección y seguridad frente a búsqueda de autonomía y de actitud protectora. El hombre requiere primero de ser cuidado por un grupo primario, el cual lo introduce a la vida social; después, que haya un impulso para generar, por su parte, una unidad que a su vez, sea protectora de la nueva generación.

b) Paralelo a lo anterior, está la dialéctica entre el impulso imitativo y asimilativo y el creativo e innovador. En el desarrollo de la familia se encuentra, para cada generación, una oportunidad de responder simultáneamente a estas dos tendencias: la familia de origen nos aporta un sustrato de forma de vida.

c) El impulso de confianza y sentimiento de seguridad afectiva, necesario en la vida cotidiana, frente al impulso, también afectivo, en el que aparece lo erótico como uno de sus principales motores. El primero, es más propio de la etapa infantil, o en la vida normal y estable del individuo, representa la necesidad de ser amado, de ser cuidado afectivamente y ser considerado como persona digna; el segundo es más propio de la búsqueda amorosa, de la “conquista” y del placer sexual. Ambos impulsos encuentran en la familia gran parte de su sentido, aunque de hecho pueden encontrarse fuera de ella, como formas sustitutivas.

Según Leñero (1976), el origen biológico de la familia se remonta al origen mismo del hombre primitivo, y más aún, desde el momento en que la familia responde a los impulsos vitales básicos. Así, la ley de la subsistencia exige al hombre primitivo no ser individualista ni plantear sus egoísmos en términos de autonomía personal, sino buscar su seguridad en la solidaridad del grupo al que se pertenece. Entonces, la familia viene a ser un medio para la realización de esta necesidad. Para la evolución de la familia se dependió de múltiples condiciones, de subsistencia y de modalidades creativas variables. Y una vez que se aseguró la subsistencia básica surgieron nuevas necesidades a otros niveles. Es decir, de la necesidad de subsistencia se pasa a la aspiración de la hegemonía y el poder de unos grupos frente a otros. De igual forma, se pasa de la búsqueda del bienestar;

a la superación del temor, dando énfasis al placer; al cambio de actitud que va de la seguridad, a la satisfacción, de la defensa del poder.

Ahora bien, la familia consanguínea fue reforzada por el sistema feudal en Europa. La familia consanguínea coexistía con la familia conyugal, ya que sólo uno de los hijos heredaría la propiedad familiar paternal. A medida que la herencia se democratiza, y se reparte entre todos los hijos, la familia conyugal adquiere mayor fuerza como sistema ideal. La situación de la familia evoluciona cuando aparece una clase pequeño-burguesa, origen de la actual clase media. El modelo de familia ideal asciende de prestigio con los valores del liberalismo individualista. Con el advenimiento de la individualización y el crecimiento de la cultura moderna, urbana y tecnológica, la civilización occidental exalta, en forma universal, el valor de la familia conyugal, tanto como un principio biológico natural, como con valores propios del Renacimiento y de las reformas protestantes. Adquiere importancia el amor conyugal, derivado del amor romántico individual; y el puritanismo sexual; el derecho de filiación y herencia directa de los hijos; la libertad para la elección personal del trabajo, etc. Agregando el desarrollo cada vez mayor del estado nacional que pretende asegurar un orden institucional de seguridad colectiva, y la evolución de la Iglesia Católica por la Contrarreforma, se entiende que la familia restringida y conyugal se vuelve el modelo “natural” de esta civilización (Leñero, 1976).

Pero como se mencionó en un principio, el término “familia” ha acuñado diferentes conceptos a lo largo de la historia y de acuerdo a cada época, por lo que a continuación se presentan algunos conceptos de “familia”.

### **1.1.2. ¿Qué es familia?**

Chavarría Olarte (2005) y Rodríguez Pichardo (2004) concuerdan en que, la familia es la primera escuela, donde se forma la personalidad de los individuos, donde se les provee de estructuras que permiten el desarrollo de aptitudes,

actitudes y valores, es ahí donde se inicia el proceso de perfeccionamiento de todas las facultades específicamente humanas, y por ello, el ámbito natural para nacer, crecer y morir como personas.

Chavarría Olarte (2005), describe a la familia como ese espacio humano en donde un grupo de personas emparentadas y unidas entre sí, comparten su intimidad corporeo-espiritual, de acuerdo con las características propias de su naturaleza racional. Rodríguez Pichardo (2004) por su parte señala que, la familia es un grupo de personas unidas por vínculos y lazos consanguíneos; y que en este grupo hay una estrecha interacción y en la que cada uno de sus miembros desempeña determinadas funciones, las que permiten que sus integrantes se desarrollen integralmente como individuos.

La familia, según Leñero (1976), es la célula social en la que nos movemos desde niños, es una unidad social que refleja en sí misma los grandes problemas de la sociedad global en que vivimos. Este autor describe la familia como una unidad de relaciones humanas que depende de miles de influencias externas y que se relacionan prácticamente con todos los problemas y dimensiones de la vida humana.

De acuerdo con Alder Lomnitz y Pérez Lizaur (1993) la unidad básica de solidaridad en la cultura mexicana es la gran familia o grupo de descendientes compuesto por tres generaciones; padres, hermanos, consorte e hijos. En términos culturales, según estos autores, la gran familia representa un valor ideal en tanto elemento fundamental de la solidaridad: la célula básica de la sociedad. Expresan la solidaridad de parentesco en cuatro dominios: la vida social, los rituales, las relaciones económicas y la ideología.

El concepto de familia que más se aproxima a una descripción de la familia actual es el que describen Alder Lomnitz y Pérez Lizaur (1993). Para estos autores, la familia es más que una red de parentesco que ha creado su propio sistema

ceremonial. La describen como un grupo político que pertenece a la iniciativa privada en contraposición al sector público. En el cual, no es solo necesario que todo miembro del grupo comparta las normas y urdimbres ideológicas del mismo, sino que también el tipo de vida y los rituales que se han incorporado a su idea del mundo. De esta manera, la familia permite que los patrones de comportamiento simbólico se institucionalicen y expresen la esencia del grupo y su significado.

### **1.1.3. Estructura de la familia**

La composición de cada familia es de naturaleza múltiple en cuanto a lugar, costumbres, hábitos, y características psicosomáticas de sus miembros, lo cual se acentúa aún más en una sociedad como la nuestra; en la cual la pluralidad de influencias y las alternativas de forma de vida son múltiples y variadas, y que los procesos de cambio afectan a unos y otros de manera diferente.

Dentro de la sociedad mexicana, y en el interior de cada uno de los grupos sociales que la integran, se entremezclan formas nuevas y viejas. Todavía es escaso el conocimiento acumulado acerca del grado de complejidad de la estructura familiar, sus variaciones regionales y sociales, así como sus rasgos de continuidad o cambio.

Vera Bolaños y Pimienta Lastra (1998) señalan que, en México, los primeros intentos por describir la estructura familiar sobre la base de antiguos registros, fueron hechos por Pedro Carrasco (1964), quien analizó la información de un censo de tributarios levantado casa por casa en Tepoztlán, fechado, de acuerdo al autor, entre 1530 y los primeros años de la década de 1540. Llegó a la conclusión que el modelo de familia extensa, supuestamente característico de la población indígena, no era el predominante entre los indios de esta ciudad.

Para la época colonial e inicios del siglo XIX, las investigaciones muestran, con base en información transversal, que los arreglos familiares no eran

mayoritariamente extensos sino nucleares, y que las estructuras más complejas y de mayor tamaño correspondían a los grupos privilegiados de la sociedad (Tuirán, 1993 citado en Vera Bolaños y Pimienta Lastra ,1998).

Con base en patrones eclesiásticos levantados en 1793 y archivos parroquiales de nacimientos, matrimonios y defunciones del período 1773-1813, se hizo un estudio de la estructura interna de las unidades domésticas en la parroquia de Ozumba, Estado de México. Se encontró que la fase nuclear de la estructura familiar era la más frecuente, el 60.4% de los hogares de españoles y mestizos eran nucleares, entre los indios esta proporción se elevó al 81.2%. Las elevadas tasas de mortalidad del período colonial, podrían explicar el dominio de los arreglos en fase nuclear, las bajas esperanzas de vida hacían menos probable la convivencia de distintas generaciones (Vera Bolaños y Pimienta Lastra ,1998).

Por su parte, Tuirán (2003) realizó un estudio con el propósito de caracterizar los arreglos familiares y residenciales en México y su evolución en el tiempo, para lo cual, empleó una clasificación de diez tipos de hogares, agrupados en cinco categorías básicas, con resultados de tres encuestas nacionales realizadas en 1976,1982, 1987. Las cinco categorías básicas que usó para los hogares familiares fueron: 1) Hogar nuclear: nuclear estricto (pareja sin hijos), nuclear conyugal (pareja con hijos solteros) y nuclear monoparental (jefe con hijos solteros); 2) Hogar extenso: pareja sin hijos y otros parientes, pareja con hijos solteros y otros parientes, jefe con hijos solteros y otros parientes, y jefe con otros parientes; 3) Hogar compuesto. Hogares no familiares: 4) Hogar unipersonal, y 5) Hogar de correspondientes.

Algunos hallazgos del estudio realizado por Tuirán revelan que, el hogar nuclear conyugal constituye una realidad mayoritaria en México (alrededor del 55% en 1987). Para este tipo de arreglo generalmente se cree en un modelo o ideal normativo de la familia que se funda en la asignación de roles principales bien diferenciados: el hombre-jefe del hogar proveedor, la mujer-esposa ama de casa.

Los datos presentados en este trabajo, sugieren que una proporción cada vez menor de los hogares conyugales en México sea el arquetipo descrito. Esta proporción fue ligeramente superior al 60% del total en los dos primeros años de referencia, en tanto que en 1987 descendió a cerca de 52%. En cuanto a la división del trabajo destacan los siguientes arreglos: los hogares que dependen del trabajo extradoméstico de ambos cónyuges; las unidades que combinan el trabajo del jefe y de uno(a) o más de los(as) hijos(as) y los grupos domésticos en los cuales participa el jefe, la esposa y al menos uno(a) de los(as) hijos(as) en la actividad económica (Tuirán, 2003).

En el año 2000, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), presentó la distribución porcentual de los hogares por número de integrantes del hogar para cada sexo de jefe por décadas, de 1950 a 2000. Hasta el año 2000 se registraron más de 22 mil hogares, de los cuales el 79.36% son hogares con jefe y el 20.64% son hogares con jefa.

En recientes estudios, de la muestra censal del XII Censo de Población y Vivienda de 2000 se estimó la estructura de la población según condición de aseguramiento, así como el total de núcleos familiares sujetos a afiliación al Sistema de Protección Social en Salud. De los 97 millones de habitantes censados en el año 2000 se distribuyeron en dos tipos de hogares 11.9 millones con derecho a la seguridad social y 10.7 millones de hogares que no cuentan con este. Se encontró que, en los hogares en los que el jefe de familia cuenta con seguridad social habitan 50.6 millones de personas, pero solo 43.5 millones (85%) son derechohabientes de la seguridad social. En contraste, los hogares donde el jefe no tiene derecho a la seguridad social habitan 46.4 millones de personas de las cuales 99% no cuenta con seguridad social. La suma de ambas subpoblaciones arrojan a 53 millones de personas (54.6% de la población) sin derecho a la seguridad social y 44 millones (45.4%) con derecho a la seguridad social.

Para el 2004 se estimó que habría cerca de 25.2 millones de hogares en el país de los cuales 11.9 millones serían no asegurados y 13.3 millones de hogares con derecho a la seguridad social (ver tabla 2). Estas cifras inquietan al sector salud, puesto que casi la mitad de los hogares no cuentan con los servicios de salud, en otras palabras no cuentan con una atención médica oportuna y menos con un conocimiento de prevención. Esta población está en gran riesgo de atender sus padecimientos cuando estos sean crónicos, graves, o la ciencia médica ya no pueda hacer nada por combatir las enfermedades.

#### **1.1.4. Individuo y familia**

De acuerdo con Alder Lomnitz y Pérez Lizaur (1993), mediante las interacciones sociales los miembros de la red de parentesco expresan su cercanía social de diversas maneras, puesto que siempre se encuentran bien informados sobre el estado de salud y de las actividades de unos y otros. Añaden que, los rituales reconocen la gran familia como la unidad básica de participación, como la comida familiar semanal, institución que tiene prioridad sobre otros compromisos sociales. De igual modo, los ritos de la familia sirven para dar forma perceptible al sentimiento familiar a través de las generaciones; la diferencia entre una relación de parentesco y una de amistad puede estribar en la permanencia de los símbolos ritualistas.

Los rituales son espacios de comunicación a través de los cuales se transmite la visión del mundo o ideología de un grupo. Los rituales religiosos sirven para distinguir entre lo sagrado y lo profano; de manera similar, los rituales de la familia separan a los miembros en las diferentes ramas de la familia. Se establecen a intervalos regulares distinciones de estatus y situaciones de competencia o conflicto.

Estos autores también señalan que, la familia comparte una estructura simbólica significativa que equivale a un lenguaje común y que refuerza su identidad y los

separa del resto de la sociedad. Y que, los rituales contienen un fuerte elemento de polarización entre aquellos que están incluidos y los que se hallan excluidos (Alder Lomnitz y Pérez Lizaur, 1993).

De esta manera, queda asentado el papel fundamental de la familia en el mundo social y para cada persona en general. La familia abastece a sus integrantes de lo necesario para llevar una vida plena, es el espacio o ámbito en donde somos aceptados de manera natural por el sólo hecho de ser, y de haber sido gestados en el seno de ese ambiente. En cualquier otro círculo se nos valora por lo que hacemos, tenemos o decimos; sólo en la familia se nos valora originariamente por lo que somos; y a partir de ello, se favorece de manera natural el desarrollo bio-psico-social de cada uno los miembros. Y por esto mismo, la familia viene hacer el soporte de mayor importancia para el paciente con una enfermedad terminal.

Por otra parte, la familia es la instancia mediadora entre el individuo y la sociedad, ya que en ella se establecen las bases de su interacción con los demás, misma que le permitirá identificarse y definir su propia identidad; con esa interacción, los individuos se preparan para participar en el total social, su finalidad es que sus integrantes se desarrollen integralmente como individuos. Por lo cual, para el paciente con una enfermedad terminal la familia es el medio principal por el cual podrá permanecer en contacto con la sociedad y en interacción con la misma.

En las siguientes líneas se expone el tema de la vida y la muerte, puesto que cuando la enfermedad hace presencia en las personas o en algún miembro de la familia casi siempre se tiende a pensar la posibilidad de la pérdida de la vida.

## **1.2. Vida y muerte**

Todos, de alguna u otra forma, somos conscientes de la fugacidad de la vida y nos enfrentamos ante esa gran incertidumbre de lo que nos espera después. El paciente con una enfermedad terminal vive con mayor intensidad esta experiencia,

puesto que la muerte lo enfrenta con una disolución potencial de su Yo, de su ser, de su existencia, de su identidad; por lo que, las preguntas que en algún momento de la vida todo ser humano se ha hecho para él resuenan con mayor fuerza: ¿Quiénes somos? ¿A dónde vamos? ¿Qué hacemos en el mundo? ¿Qué es la vida? ¿Qué es la muerte? Estas y otras preguntas son las que se plantea con profundidad y analiza el significado de su existencia determinada en un lapso de tiempo por su condición. Por tal motivo, se expone en la siguiente sección el tema del significado de la vida y la muerte para el mexicano.

### **1.2.1. La vida y la muerte para el mexicano**

México es un país de grandes culturas, y a lo largo y ancho de nuestra nación se difunden diversas leyendas, costumbres y tradiciones alrededor del tema de la vida y la muerte.

Poner el altar para los muertos, por ejemplo, es una tradición que se realiza en todas las escuelas del país en los jardines de niños, primarias y hasta en las Universidades se practica. De hecho, hasta se hacen concursos de ofrendas; y las cuales, en estos casos, son dedicadas a personajes de la Independencia o Revolución Mexicana o para personas de otras fechas históricas del país o para personas que hayan muerto en catástrofes naturales como por ejemplo el sismo del 19 de Septiembre de 1985.

Aunque, las ofrendas que se ponen en el día de muertos varían por regiones, coinciden en algunas cosas, las cuales tienen un significado y son parte de la identidad del mexicano. Las velas o veladoras tienen la función de guiar al muerto hacia la ofrenda. Se riegan los pétalos de la flor de cempoaxóchitl y se adorna el altar con esta flor, por que se cree que el color anaranjado de los pétalos puede ser visto por los muertos como partes luminosas. El incienso y el copal son utilizados para purificar el ambiente de malos espíritus, y por su olor tan penetrante se cree que sirve para guiar el alma del muerto. El agua que se ofrece

sirve para calmar la sed del muerto, provocada por el largo viaje hecho desde el lugar de los muertos hasta el de los vivos. En cuanto a los alimentos que se ofrecen a los muertos no puede faltar el pan de muertos, tequila o pulque, la comida y fruta que le gustaba al difunto; la ofrenda para los niños fallecidos omite el tequila y el pulque, y se añade tamales y calaveritas de dulce. No puede faltar en la ofrenda un retrato de la persona fallecida y la imagen de algún santo o virgen o alguna cruz, esto de acuerdo con la devoción de la persona muerta (Zarina, 2003a).

Se cree que las almas de los muertos van llegando por días y que sólo tienen estos días permiso para poder visitar a sus familias y amigos vivos. Las fechas en las que vuelven son: el 28 de octubre, llegan las almas de las personas que hayan muerto ahogadas; el 29 de octubre, llegan las almas de los que hayan muerto por accidentes, asesinatos, tragedias o alguna forma violenta; el 30 de octubre, llegan las almas de todos los niños que están en el Limbo, en algunos lugares se dice que en este día se regresan las almas de los muertos que llegaron el 29 de octubre; el 31 de octubre, llegan las almas de todos los niños muertos; el 1 de noviembre, llegan todas las almas de todos los adultos muertos; el 2 de noviembre, es el regreso de todas las almas al lugar de los Muertos : Mictlán. Sin embargo la versión más aceptada es que el 1 de noviembre llegan todas las almas de los niños; y el 2 de noviembre llegan todas las almas de los adultos y ese mismo día en la noche se van nuevamente al Mictlán. Los días 1 y 2 de noviembre son fechas convive la familia y con los muertos. En estas fechas vivos y muertos se unen en convivencia en todo el territorio nacional (Zarina, 2003a).

La muerte siempre ha acompañado la vida cotidiana de los mexicanos a través de su música y poesía, pero sin duda la concepción del ciclo vida-muerte es uno de los ejemplos de la racionalidad de la visión mesoamericana del equilibrio del cosmos. En la época prehispánica, la vida era el antecedente de la muerte, la actividad cósmica realizada bajo los rayos del sol, y la muerte era la gran preparación de la vida de los futuros seres, era la actividad cósmica escondida en

las profundas oscuridades de la Tierra, por esa razón el ritual de enterrar a una persona tenían un sentido esencial. En ese proceso el hombre era limpiado de todo lo que había adquirido en su vida, así quedaba puro, la muerte era no sólo la consecuencia sino la causa de la vida en una cosmovisión de naturaleza cíclica (Romero Ramírez, Muciño y González, 2005).

Por otra parte, en México, es sabido de todos la costumbre de hacer versos para personas vivas. Estos los versos se adaptan de tal forma que se mencionen características reales a veces falsas de una persona viva en tono burlesco y citando siempre a la Muerte. Todas las personas lo aceptan que se les hagan este tipo de versos, llamados "calaveritas". El sentido festivo del mexicano no es menos cuando se habla irreverentemente de la muerte y se vive la vida con ligereza. Pero cuando la salud se ve amenazada por una enfermedad, el tema de la muerte recobra seriedad.

El surgimiento de esta nueva visión de la muerte en México corresponde a factores tanto médicos como culturales. Respecto a este último, Mejía y Rivas (s/f) dicen que, "aunque los indígenas mesoamericanos rendían culto a la muerte, con la conquista cambió esta visión debido a que se impuso la ideología española. Los actuales mexicanos heredamos el buen humor de la gente originaria de estas tierras, pero adoptamos el miedo europeo a fallecer, así que nos reímos de la muerte como imagen, pero no como idea".

En este punto se hace necesario considerar la postura de la ciencia médica ante las enfermedades crónico degenerativas, que están en aumento en nuestros días, y que son la causa de la mortalidad (como se vera en el punto 2.3).

### **1.2.2. La medicina y la muerte**

Ciertamente la muerte, al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural inherente a la condición humana, con el cual comparte aspectos biológicos,

sociales y culturales, así como psicológico-emocionales. Colen, Limonero y Ortero (2003) acertadamente dicen que a lo largo de la vida de un ser humano, el nacimiento y la muerte son dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona como en su red de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social que se da es también antagónica.

En nuestra sociedad occidental, la muerte se vive como algo extraño, imprevisto, que trunca nuestras vidas, y la mayoría de las veces no está presente en nuestros pensamientos, es un tema que tratamos de evadir y del que nos gusta hablar. Esta negación social de la muerte también se traslada al ámbito médico. La medicina se ha centrado básicamente en eliminar la enfermedad o todas las causas posibles de muerte. Colen y cols. (2003) señalan que, la medicina parte de la idea de que la muerte es en teoría evitable, y que cuando se presenta se vive como un fracaso médico. Por lo que existe gran resistencia de parte de los médicos para dar la fatal noticia a los paciente con una enfermedad terminal y a las familias de estos pacientes; ya que la tendencia de la sociedad actual es esconder y medicalizar la muerte. Todos, de algún modo pensamos que si la muerte ha de presentarse que ésta sea de una manera rápida, súbita, indolora, que se produzca cuando uno este durmiendo y sin o con un bajo nivel de conciencia.

Para las culturas que nos precedieron la muerte y la enfermedad eran algo sobrenatural, desde el punto de vista de la medicina, la muerte es el último proceso biológico común en todo ser vivo. La medicina actual, contrario a lo que se esperaría, con todo y sus avances tecnológicos, han deshumanizado la muerte; la atención del enfermo terminal y la muerte misma son considerados un fracaso. La medicina a lo largo de su historia, se ha comportado de manera paternalista, ha hecho esfuerzos por beneficiar y no dañar, pero el paciente ha sido tratado como un objeto y el médico ha sido puesto como un mediador entre la vida y la muerte. La muerte sigue siendo una estadística negativa, se ha olvidado dar calidad de vida al paciente; y los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del mismo, y

aunque la moderna tecnología permite un diagnóstico más certero y un tratamiento adecuado la práctica médica se ha deshumanizado (Romero Ramírez, Muciño y González, 2005)

En cierta forma, el progreso de la medicina ha producido como efecto secundario el crecimiento exponencial de los colectivos que viven instalados en la enfermedad. Ese es uno de los efectos inevitables de no morir; el incremento de casos cada vez mayores de vida en condiciones de deterioro extremo; como lo es el enorme colectivo de los enfermos terminales, que en esencia son aquellos que han superado toda una serie de enfermedades menores, y por fin sucumben a la gran enfermedad que ha de acabar con ellos después de larga agonía. Sin duda alguna, se puede decir, que la cuestión de la enfermedad y su consecuencia fatal, la muerte, seguirá siendo para la ciencia médica actual y futura un reto constante. Porque detrás de toda victoria contra una enfermedad, se oculta la tremenda derrota de una vida tanto individual como colectiva, cada vez más vieja; y tal como avanza en vejez la vida, se presentan los nuevos retos para la medicina.

Es cierto que no existen estadísticas en México sobre los enfermos terminales, sin embargo basta revisar los índices de mortalidad, las causas de defunción, el cambio epidemiológico que se ha generado en los últimos años en nuestro país para darnos cuenta del gran número de personas que pueden estar sufriendo una enfermedad terminal, así como el reto que significa esto para las instituciones de salud. Por lo anterior, a continuación se presenta a grandes rasgos el panorama de mortalidad, cambio epidemiológico y causas de defunción en México.

### **1.3. Mortalidad, causas de defunción y el cambio epidemiológico en México**

La mortalidad es el aspecto que, paradójicamente, mejor describe la situación de la salud de la población. Los estudios demográficos en México, realizados por Partida y García (2002), señalan que el radical cambio demográfico que experimentó nuestro país durante el siglo pasado tendrá irremediablemente como

consecuencia un acelerado proceso de envejecimiento en la población durante el siglo XXI. Por otra parte, el descenso de la tasa de mortalidad permite prolongar la sobrevivencia de la población, mientras que la disminución de la fecundidad ha provocado una reducción sistemática de la proporción de niños y jóvenes en la población total. Estas dos situaciones han colaborado en el aumento significativo de la edad media de la población y en la proporción ascendente de los adultos mayores.

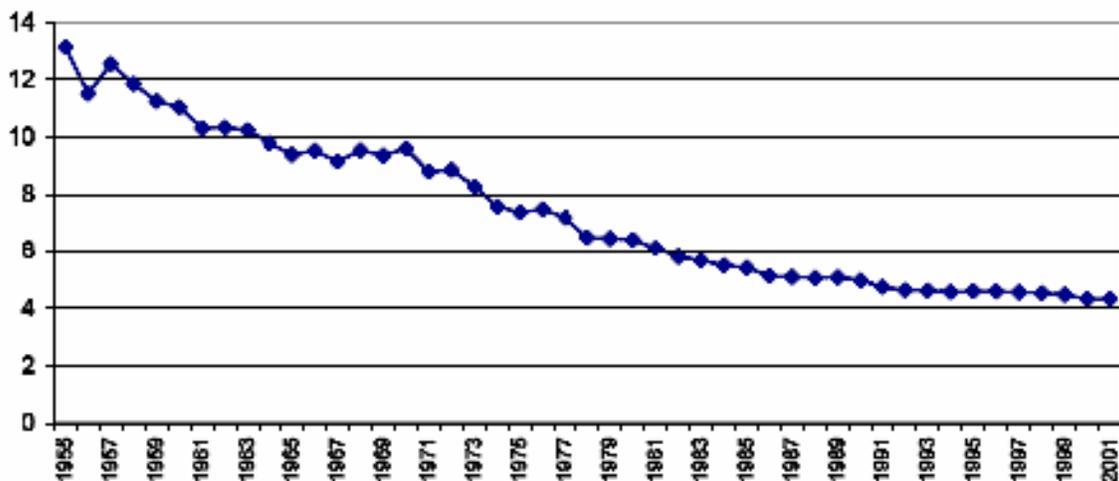
El ámbito de la salud es donde se enmarcan los mayores desafíos derivados de este proceso. El sólo incremento numérico de las personas mayores, así como su mayor esperanza de vida, reflejaran aumentos tanto en el número de personas que experimenta alguna patología o discapacidad, como en el número de años que sobrevivan con el peso de esos padecimientos. En este contexto, el proceso de la transición epidemiológica, está caracterizado por un mayor control de las enfermedades transmisibles y por el incremento relativo de las enfermedades crónicas y degenerativas, como principales causas de muerte; las cuales se piensa adquirirán mayor fuerza (Partida y García, 2002).

De acuerdo con los datos estadísticos, presentados por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) en el 2003, la evolución de la mortalidad en México se puede analizar en cuatro períodos. En el primero período, de 1920 a 1940, sobresale una disminución en los niveles de mortalidad, lo cual resulta de la aparición de programas de salud pública y modificaciones en las condiciones sociales. En el segundo período, de 1940 a 1960, se da una rápida disminución de la mortalidad, esto se explica por la infraestructura médica que se crea en estas décadas (instituciones como: IMSS, SSA), por la introducción de nuevas técnicas médicas de prevención y salud, por los programas de eliminación de agentes patógenos, y por el progreso económico y social. En el tercer y cuarto período, de 1960 a 2000, se observa una lenta disminución de la mortalidad, esto a causa del incremento proporcional de las muertes por accidentes y violencia, enfermedades

del aparato circulatorio y cáncer, y a la dificultad de contrarrestar estas nuevas causas (SINA IS, 2003).

La tasa bruta de mortalidad general en el periodo de 1955 al 2001 (gráfica 1), presenta la disminución de la mortalidad en los dos últimos períodos. Como se puede observar, la supervivencia está relacionada con las condiciones de vida, la acción y acceso a los avances de la medicina preventiva y curativa, y a las políticas sociales. La lenta disminución de la mortalidad se asocian con el deterioro de las condiciones de vida y las estrategias que dejaron de considerarse prioritarias en las políticas sociales, sobre salud y educación, así como el ingreso real de la población en un proceso de continuo deterioro.

**Gráfica 1.** Tasa bruta de mortalidad general, 1955-2001.

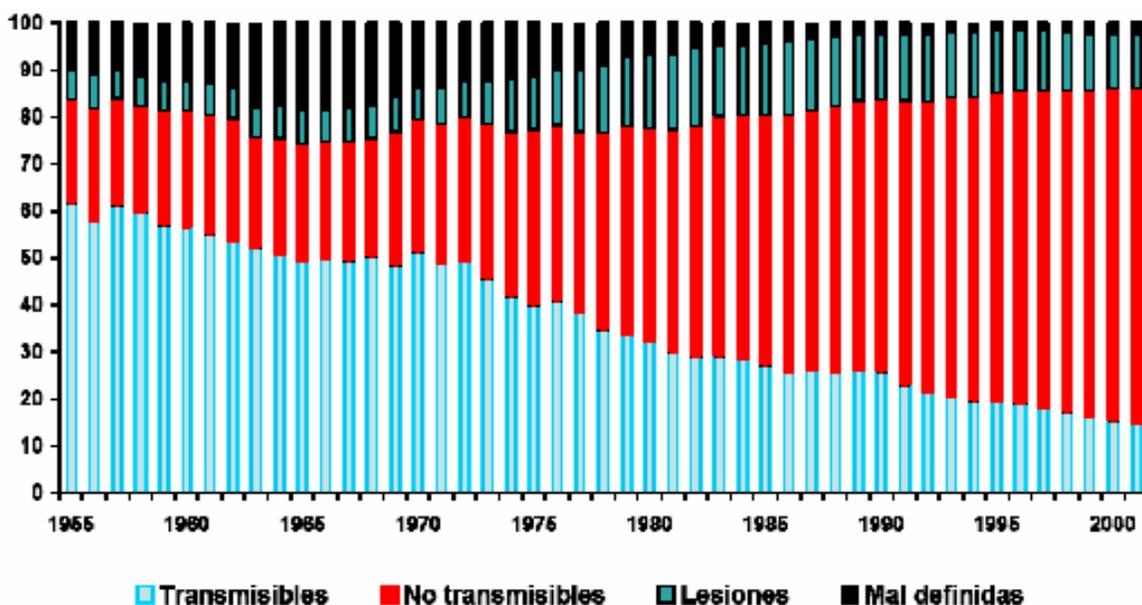


Fuente: Caposortega Cruz, Sergio, (1997) "Cien años de mortalidad en México", Demos, 1997

El estudio estadístico, realizado por el SINAIS (2003), muestra claramente como se ha dado el descenso de las enfermedades transmisibles como causa de muerte durante el período de 1955 a 2001 (de 14 a 4 de cada 100 mil habitantes). En los datos que se presentan en la gráfica 2, se observa el descenso de las enfermedades trasmisibles, debido probablemente a cambios socioeconómicos, tanto como al mejoramiento de la infraestructura sanitaria que ha multiplicado

esfuerzos en campañas de vacunación, repartición de sueros de rehidratación oral y la difusión de mensajes educativos. En esta tabla también, se puede observa el cambio notorio en el perfil de causa de mortalidad, que se da a mediados de los 70's. Además, se aprecia como a principios de la década de los 90's el perfil epidemiológico del país esta marcado por el predominio de las enfermedades no transmisibles como principales causas de defunción.

**Grafica 2.** Defunciones por año de registro según grandes grupos de causas, 1955-2001.



De acuerdo con Oropesa (2000), el proceso de transición epidemiológica, comparando con años anteriores, se ha dado por la disminución de las enfermedades transmisibles, que actualmente representan el 9.7 % de las defunciones; mientras las enfermedades no transmisibles van en un creciente aumento, representando el 77.5 %; las defunciones por lesiones presentan un cambio mínimo con el 12.8 %.

Es importante tener en cuenta la mención que hace Oropesa (2000) sobre la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas

Relacionados con la Salud (CIE-10), establecida en México en 1998. Puesto que en ésta se introducen cambios sustancialmente importantes para denominar las causas de defunción; entre los cuales, destaca: que ciertos tumores malignos e infecciones pueden ser aceptados como consecuencia del SIDA, en cuyo caso se selecciona a esta enfermedad como causa básica y no al tumor; que las neumonías y bronconeumonías pueden ser aceptadas como complicaciones terminales de enfermedades graves como tumores malignos, desnutrición, enfermedades paralizantes y traumatismos graves y, con ello, disminuye la posibilidad de seleccionar a la neumonía y bronconeumonía como causa básica por lo que disminuirá su número por efectos del cambio en la codificación. Estos cambios permitirán definir con mayor precisión las causas de muerte en la población.

A continuación se presentaran datos estadísticos provenientes de varias fuentes, como INEGI, SINAIS y otras, con referencia a las tasas de mortalidad, causas de defunción y el panorama epidemiológico en México.

En la tabla 3, se presenta la mortalidad general por sexo, en la cual se puede observar que no hay grandes variaciones en cuanto al número y la tasa respecto al los años referidos. Por otro lado, se puede observar la mortalidad por sexo en los principales estado, de acuerdo a la población.

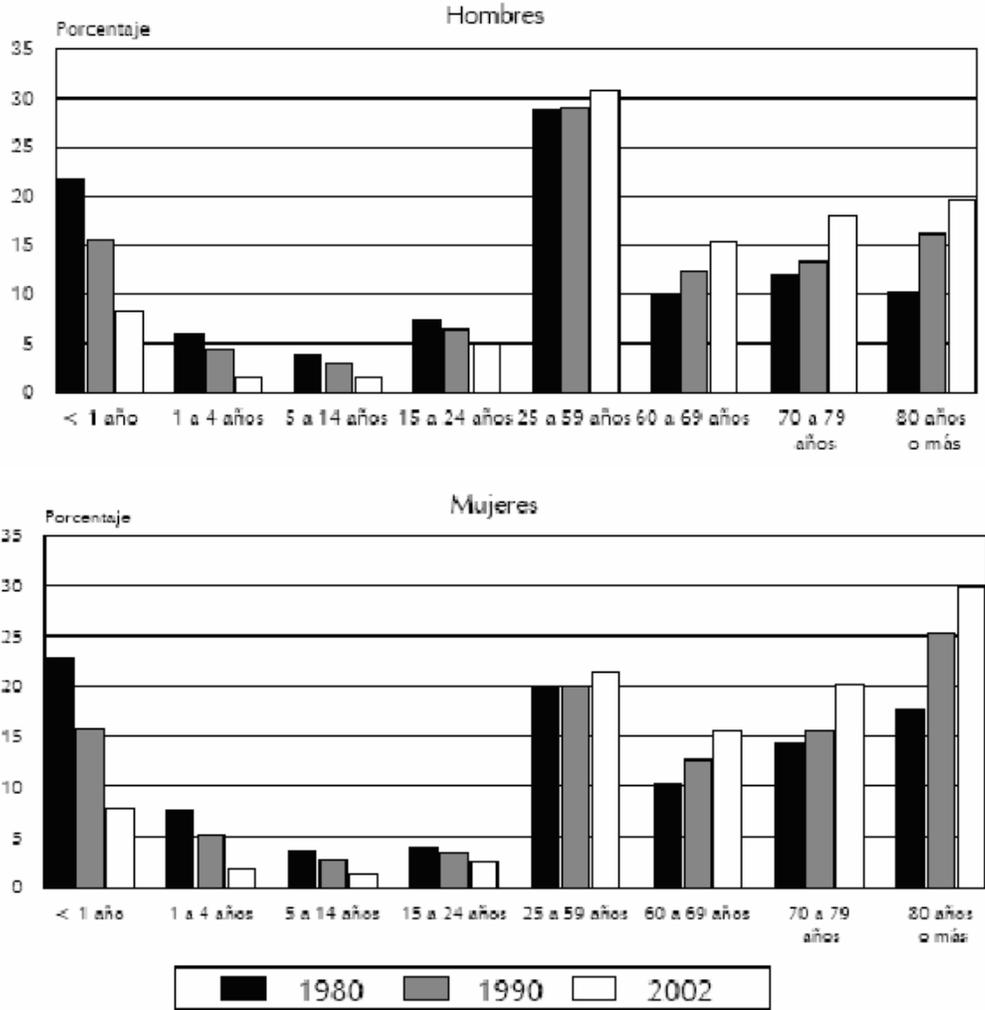
**Tabla 3.** Defunciones generales por entidad federativa por residencia habitual del fallecido según sexo, 2001, 2002 y 2003.

Entidad federativa	2001				2002				2003			
	Total	Hombres	Mujeres	No especificado	Total	Hombres	Mujeres	No especificado	Total	Hombres	Mujeres	No especificado
<b>Total</b>	<b>443 127</b>	<b>245 998</b>	<b>196 789</b>	<b>340</b>	<b>459 687</b>	<b>255 522</b>	<b>203 846</b>	<b>319</b>	<b>472 140</b>	<b>261 680</b>	<b>210 096</b>	<b>364</b>
Baja California	11 090	6 781	4 303	6	11 365	6 954	4 407	4	11 918	7 428	4 486	4
Coahuila de Zaragoza	10 748	5 848	4 897	3	11 030	6 036	4 989	5	11 458	6 191	5 261	6
Chiapas	15 815	8 842	6 942	31	16 424	9 333	7 071	20	16 889	9 536	7 330	23
Chihuahua	15 905	9 172	6 693	40	16 494	9 540	6 910	44	17 033	9 881	7 102	50
Distrito Federal	46 627	23 886	22 728	13	46 984	23 987	22 988	9	48 586	24 972	23 605	9
Guanajuato	20 375	10 988	9 380	7	22 285	11 958	10 323	4	22 493	12 093	10 396	4
Guerrero	10 715	6 102	4 607	6	10 882	6 169	4 704	9	11 381	6 283	5 086	12
Hidalgo	9 693	5 420	4 268	5	10 151	5 748	4 402	1	10 089	5 661	4 427	1
Jalisco	30 741	16 843	13 880	18	32 339	17 568	14 755	16	32 895	17 955	14 921	19
México	53 315	29 473	23 801	41	54 643	30 131	24 458	54	56 207	30 998	25 148	61
Michoacán de Ocampo	18 277	10 208	8 060	9	19 084	10 519	8 550	15	19 123	10 585	8 514	24
Morelos	6 795	3 678	3 106	11	7 213	3 983	3 221	9	7 207	3 907	3 285	15
Nuevo León	16 286	9 003	7 277	6	16 849	9 321	7 521	7	17 391	9 520	7 832	39
Oaxaca	17 103	9 435	7 637	31	17 957	9 872	8 070	15	18 071	9 918	8 140	13
Puebla	25 766	14 220	11 534	12	26 760	14 738	12 016	6	27 028	14 769	12 258	1
Querétaro Arteaga	6 022	3 439	2 581	2	6 188	3 502	2 681	5	6 445	3 585	2 859	1
San Luis Potosí	9 965	5 522	4 438	5	10 535	5 786	4 739	10	11 052	6 036	5 010	6
Sinaloa	10 034	5 974	4 056	4	10 798	6 395	4 395	8	11 040	6 465	4 575	0
Sonora	10 812	6 382	4 423	7	10 995	6 509	4 486	0	11 697	6 851	4 846	0
Tabasco	7 636	4 406	3 221	9	7 662	4 536	3 122	4	8 309	4 897	3 402	10
Tamaulipas	11 796	6 657	5 135	4	11 970	6 790	5 172	8	12 462	7 098	5 353	11
Veracruz de Ignacio de la Llave	33 203	18 627	14 571	5	34 216	19 357	14 855	4	36 118	20 371	15 741	6
Yucatán	8 357	4 499	3 855	3	8 681	4 732	3 948	1	9 110	4 958	4 151	1
Zacatecas	6 360	3 513	2 828	19	6 826	3 733	3 062	31	6 953	3 779	3 164	10

FUENTE: INEGI. *Estadísticas de Mortalidad.*

De acuerdo con los estudios estadísticos realizados por el INEGI (2004), donde se muestra la distribución de las defunciones por grupo de edad y sexo de 1990 a 2003, se observa la continua reducción del número de defunciones en los menores de 15 años, mientras que es notorio el aumento en las cifras de los grupos de 65 años en adelante, es decir que el tiempo de vida se prolonga. En otro estudio se ve que las defunciones generales según sexo de 1990 a 2003 van en descenso, pero a partir del año 2001 se ha registrado un pequeño aumento. La distribución de la mortalidad por grupos de edad y sexo, de 1980 a 2002, esta descrita en la gráfica 3.

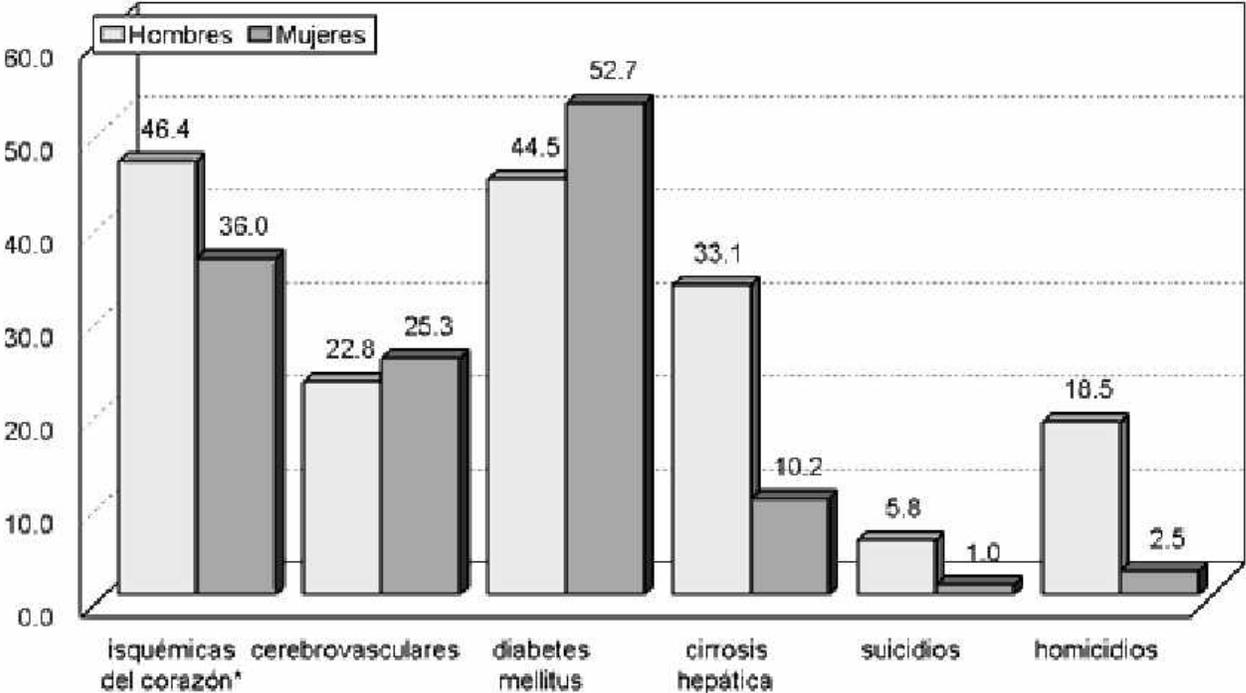
**Gráfica 3.** Distribución de la mortalidad por grupo de edad y sexo, 1980-2002.



Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en las bases de defunciones de INEGI y SSA, 1980-2002.

En la gráfica 4, se puede apreciar la tasa de mortalidad según la edad y el sexo, por causa de enfermedades crónicas degenerativas, suicidios y homicidios en 2000. Dentro de las enfermedades crónico degenerativas se encuentra la diabetes melitus, una de las causas de muerte de gran peso tanto para hombres como mujeres.

**Gráfica 4.** Tasa de mortalidad por enfermedades crónico degenerativas, suicidios y homicidios por sexo, 2000.



\*En este grupo sobresale el infarto agudo al miocardio

Tasa: Número de decesos por cada 100 mil habitantes.

Fuente: SSA, Salud México 2001, Información para la rendición de cuentas.

Las primeras cinco causas de mortalidad, en 2003, son las enfermedades del corazón con el 16.4%; en segundo lugar le siguen los tumores malignos que representan el 12.7%; en tercer lugar esta la diabetes melitus con el 12.5%; en cuarto lugar los accidentes con 7.5%; y en quinto lugar están las enfermedades del hígado con el 6.2%. En el caso de los hombres, las enfermedades del corazón

representan el 15.2%, mientras que para las mujeres es de 18%. Los tumores malignos son la segunda causa de muerte para los hombres con el 11.3% (29,570 hombres de 261,680 casos registrados), mientras que para las mujeres es la tercer causa de muertes con el 14.16% (30,674 de 210,096 casos registrados). La diabetes melitus es la segunda causa de muerte en las mujeres que representa el 15.4% (alrededor de 32 mil casos), mientras que para los hombres la curta causa de muerte con el 10.2% (cerca de 27 mil casos). Cabe mencionar que esté tipo de enfermedades, en gran porcentaje, sucumben después en una fase terminal.

Los porcentajes de defunción generales por sexo y las principales causas de 1990 a 2003, están descritas en la tabla 6, según su tasa y su peso relativo con carácter nacional.

**Tabla 6.** Porcentaje de defunciones generales por sexo y principales causas, 1990 a 2003.

Sexo Causa	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Defunciones generales</b>	<b>422 803</b>	<b>411 131</b>	<b>409 814</b>	<b>416 335</b>	<b>419 074</b>	<b>430 278</b>	<b>436 321</b>	<b>440 437</b>	<b>444 665</b>	<b>443 950</b>	<b>437 667</b>	<b>443 127</b>	<b>459 687</b>	<b>472 140</b>
Enfermedades del corazón	12.5	13.2	13.6	14.0	14.5	14.8	15.0	15.4	15.4	15.6	15.7	15.9	16.2	16.4
Tumores malignos	9.7	10.2	10.7	10.8	11.1	11.2	11.4	11.6	11.8	12.1	12.6	12.7	12.7	12.7
Diabetes melitus	6.1	6.6	6.9	7.1	7.2	7.7	8.0	8.2	9.4	10.3	10.7	11.3	11.9	12.5
Accidentes	9.3	9.5	9.3	8.9	8.9	8.3	8.0	8.1	8.0	8.0	8.1	8.0	7.8	7.5
Enfermedades del hígado <sup>a</sup>	4.2	4.5	4.7	4.9	5.0	4.9	5.0	5.2	6.1	6.1	6.3	6.3	6.2	6.2
Enfermedades cerebrovasculares <sup>b</sup>	4.7	5.1	5.2	5.2	5.4	5.4	5.6	5.6	5.6	5.8	5.8	5.8	5.8	5.7
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5.5	5.4	5.3	5.0	4.9	4.8	4.5	4.5	4.5	4.3	4.4	4.1	4.0	3.6
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas <sup>c</sup>	NA	2.5	2.5	2.5	2.6	2.8								
Influenza y neumonía <sup>d</sup>	5.3	4.7	4.6	4.5	4.6	4.6	4.7	4.5	3.4	3.2	2.8	2.6	2.5	2.5
Agresiones (homicidios) <sup>e</sup>	3.4	3.7	4.0	3.9	3.8	3.6	3.3	3.1	3.1	2.8	2.5	2.3	2.2	2.1
Enfermedades infecciosas intestinales	5.2	4.6	3.5	3.2	2.4	NA								
Síndrome nefrítico agudo y síndrome nefrítico rápidamente progresivo <sup>f</sup>	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2.4	2.3	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales <sup>g</sup>	NA	NA	NA	NA	NA	2.4	NA	NA	2.4	NA	NA	NA	NA	NA
Las demás causas	34.1	32.5	32.2	32.5	32.2	32.3	32.1	31.5	30.3	29.3	28.6	28.5	28.1	27.8
<b>Hombres</b>	<b>239 040</b>	<b>233 623</b>	<b>233 999</b>	<b>235 961</b>	<b>237 772</b>	<b>242 408</b>	<b>245 017</b>	<b>247 318</b>	<b>249 030</b>	<b>247 833</b>	<b>244 302</b>	<b>245 998</b>	<b>255 522</b>	<b>261 680</b>
Enfermedades del corazón	11.1	11.7	12.1	12.5	12.8	13.2	13.5	13.9	13.9	14.1	14.1	14.6	14.9	15.2
Tumores malignos	8.1	8.5	8.8	9.0	9.3	9.5	9.6	9.9	10.1	10.4	10.8	11.0	11.2	11.3
Accidentes	12.7	12.9	12.8	12.2	12.2	11.3	11.2	11.2	11.0	11.1	11.2	11.0	10.6	10.3
Diabetes mellitas	4.7	5.1	5.4	5.5	5.6	6.1	6.3	6.4	7.5	8.2	8.5	9.1	9.9	10.2
Enfermedades del hígado <sup>a</sup>	5.9	6.3	6.4	6.7	6.8	6.7	6.7	7.0	8.2	8.2	8.5	8.5	8.3	8.4
Enfermedades	3.8	4.2	4.3	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.7	4.9	4.9	4.9	4.9	4.8

cerebrovasculares <sup>b</sup>														
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5.6	5.6	5.5	5.2	5.1	5.0	4.8	4.7	4.6	4.5	4.6	4.3	4.2	3.8
Agresiones (homicidios) <sup>a</sup>	5.4	5.8	6.4	6.1	6.0	5.8	5.3	4.9	4.9	4.4	3.9	3.7	3.4	3.3
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas <sup>c</sup>	NA	2.3	2.6	2.5	2.5	2.6	2.8							
Influenza y neumonía <sup>d</sup>	5.0	4.4	4.3	4.2	4.4	4.4	4.5	4.3	3.2	3.0	2.7	2.5	2.4	2.5
Enfermedades infecciosas intestinales	4.9	4.2	3.2	2.9	2.2	NA								
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas <sup>b</sup>	NA	NA	NA	NA	NA	2.1	NA							
Síndrome nefrítico agudo y síndrome nefrítico rápidamente progresivo <sup>f</sup>	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2.1	2.1	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Las demás causas	32.8	31.3	30.8	31.4	31.2	31.4	31.4	30.9	29.6	28.6	28.3	27.9	27.6	27.4
Mujeres	182 696	176 802	175 428	180 068	181 136	187 693	191 168	192 941	195 460	195 979	193 253	196 789	203 846	210 096
Enfermedades del corazón	14.4	15.1	15.6	16.1	16.7	16.9	17.0	17.4	17.4	17.5	17.7	17.6	17.8	18.0
Diabetes mellitas	8.0	8.6	9.0	9.3	9.4	9.9	10.1	10.4	11.9	12.9	13.3	14.0	14.6	15.4
Tumores malignos	11.9	12.6	13.2	13.2	13.4	13.4	13.8	13.9	14.1	14.3	14.8	14.8	14.7	14.6
Enfermedades cerebrovasculares <sup>b</sup>	5.8	6.3	6.5	6.3	6.7	6.7	6.8	6.8	6.8	7.0	6.9	7.0	6.9	6.8
Accidentes	4.9	5.0	4.7	4.6	4.6	4.3	4.0	4.3	4.1	4.2	4.1	4.3	4.2	4.0
Enfermedades del hígado <sup>a</sup>	NA	NA	NA	NA	NA	2.7	2.8	2.8	3.4	3.4	3.5	3.5	3.5	3.5
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5.2	5.2	5.0	4.8	4.6	4.5	4.2	4.2	4.3	4.1	4.2	3.9	3.8	3.4
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas <sup>c</sup>	NA	2.5	2.4	2.5	2.6	2.8								
Influenza y neumonía <sup>d</sup>	5.6	5.1	4.9	4.9	4.9	4.9	5.0	4.8	3.7	3.4	2.9	2.6	2.7	2.6
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales <sup>d</sup>	3.1	3.1	3.0	2.7	2.7	2.8	2.7	2.7	2.8	2.6	NA	NA	2.3	2.2
Bronquitis crónica	2.4	NA												

y la no especificada, enfisema y asma <sup>i</sup>														
Enfermedades infecciosas intestinales	5.7	5.1	3.8	3.5	2.7	NA								
Síndrome nefrítico agudo y síndrome nefrítico rápidamente progresivo <sup>f</sup>	NA	2.4	2.6	2.7	2.6	2.7	2.6	2.6	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas <sup>b</sup>	NA	2.5	NA	2.4	NA	NA	NA							
Insuficiencia renal	NA	2.3	NA	NA										
Las demás causas	33.0	31.5	31.7	31.9	31.7	31.2	31.0	30.1	29.0	28.1	27.8	27.5	26.9	26.7

NOTA: El total no corresponde a la suma de ambos sexo, ya que incluye sexo No especificado. En cada año se consideran las diez principales causas de muerte. De 1990 a 1997, se utilizó la metodología de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9, y para los años de 1998 a 2002, se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.

<sup>a</sup> De 1990 a 1997 se denominaba cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Para 1998 se denomina enfermedad alcohólica y otras enfermedades crónicas del hígado.

<sup>b</sup> Hasta 1997 se denominaba enfermedad cerebrovascular.

<sup>c</sup> Hasta 1997 se denominaba como otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

<sup>d</sup> Hasta 1997 se denominaba neumonía e influenza.

<sup>e</sup> Hasta 1997 se denominaba homicidio y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona.

<sup>f</sup> Hasta 1997 se denominaba nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis.

<sup>g</sup> Hasta 1997 se denominaba deficiencias de la nutrición.

<sup>n</sup> Hasta 1997 se denominaba anomalías congénitas.

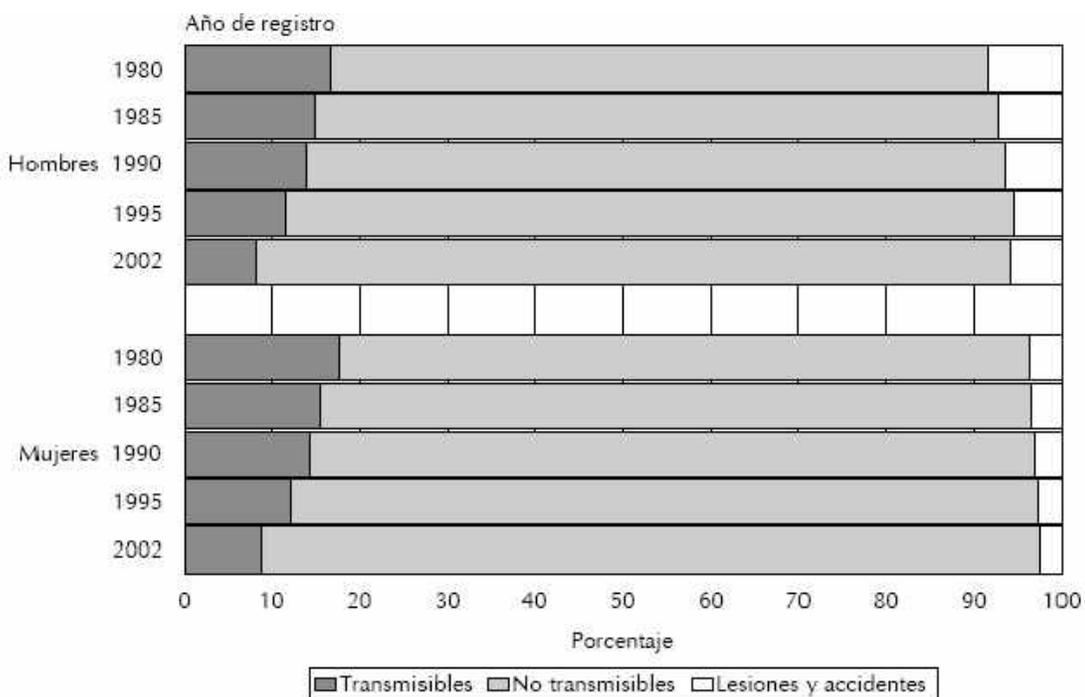
<sup>i</sup> En 1998 sólo se agrupa como bronquitis crónica y la no especificada y enfisema.

NA No aplicable.

FUENTE: INEGI. *Estadísticas de Mortalidad*.

Como se ha podido apreciar, la población de adultos mayores esta siendo la más afectada por las enfermedades crónico degenerativas. Zúñiga, García y Partida (2004) señalan que las principales causas de muerte de los adultos mayores de ambos sexos en 2002, se encuentran entre las enfermedades no transmisibles, las cuales concentran 86 y 88.7 por ciento de las causas de fallecimiento de hombres y mujeres, respectivamente; le siguen en importancia las enfermedades transmisibles (8.2 y 8.9 % para hombres y mujeres, respectivamente) y por último los accidentes y lesiones (8 y 5 %), ver gráfica 5.

Grafica 5. Distribución porcentual de las muertes de las personas de 60 años o más por causa de muerte según año de registro.



Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en las bases de defunciones de INEGI y SSA, 1980-2002.

A causa de el cambio epidemiológico que se dio en los últimos años, la medicina se enfrenta a una nueva gama de problemas que se deben en parte a las

exigencias cada vez mayores al paciente, que son resultado de los tratamientos médicos más complejos de que se dispone hoy día y también de las pautas cambiantes que presentan los trastornos de la salud y las prioridades de su atención. Para lo que es necesario, como señala Fitzpatrick (1984), es indispensable tener en cuenta la apreciación de la perspectiva del paciente y de los problemas que entraña su adhesión, ya que esto influirá de manera importante en la capacidad del médico para ayudar a los pacientes.

Muchos de nosotros hemos crecido conviviendo con nuestros padres hasta bien entrada la mediana edad. Pocos de nosotros experimentamos cuando niños la muerte de un amigo. Las generaciones pasadas sufrieron de neumonía, polio y tuberculosis, pero éstas desaparecieron en nuestra generación. Se nos ha protegido, por no decir aislado, de la muerte. Las enfermedades como la fiebre tifoidea o el cólera duraban muy poco, ya que por lo general la muerte sobrevinía en 10 días. Durante la generación de las personas nacidas en la post-guerra, la medicina entró a una era sin precedentes, una era donde las enfermedades podían en verdad ser prevenidas, tratadas y curadas. En la década de los años cincuenta, la polio fue erradicada en el término de un año. Las vacunas prácticamente eliminaron las enfermedades infantiles como el sarampión. La esperanza de vida pasó de 50 a 70 años. Las personas nacidas en la post-guerra fueron las primeras en crecer sin estar rodeadas por la muerte temprana, a no ser que fuera causada por la guerra o por algún accidente. Ellos también crecieron creyendo que la medicina podía curarlo todo.

Ahora, la mayoría ya no muere rápidamente. La diálisis de riñón, cirugías de derivación y los trasplantes de órganos son comunes. Las tomografías axiales computarizadas (TAC), imágenes por resonancia magnética (IMR) y mamografías, todas provocaron una revolución en nuestra percepción sobre la muerte. Sobrevivimos a las infecciones que antes nos mataban rápidamente, sólo para prolongar nuestra vida mientras nuestro cuerpo envejece poco a poco. Ahora

nuestros principales asesinos son las enfermedades degenerativas, cáncer, apoplejía, enfermedades cardiovasculares, pulmonares o Alzheimer.

Avanzamos hacia una comprensión más benévola de la muerte. La aceptamos con un nuevo humanismo, como una parte integral y dignificada de nuestro proceso de vida y la reincorporamos a nuestro diario vivir.

Hasta aquí se ha mostrado el panorama de como se ha dado cambio epidemiológico en México, la tasa de mortalidad y las causas de defunción. Se mostró que una de las principales causas de muerte se debe a los tumores malignos, siendo la segunda causa de muerte para los hombres y la tercera para las mujeres. Por esta causa fallecieron un poco más de 29 mil hombres y más de 30 mujeres en el 2003. Por su parte, la diabetes melitus fue causa de muerte para más de 32 mil mujeres y cerca de 27 mil hombres. Aunado a estas cantidades están otras cifras de enfermedades crónicas, que por lo general llegan a fases terminales, como la deficiencia renal, hepática, cardiaca, etc.; sumando la tasa de mortalidad causa por el síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), nos permite ver que la población de aquellos que padecerán de una enfermedad terminal estará representada por un porcentaje considerable. Por tanto, se hace obligatorio realizar un estudio serio sobre el grupo de personas que sin planearlo toman el rol de cuidadores, desempeñando una labor para la cual no están preparados.

Con la finalidad de tener una mejor comprensión del tema de la salud, se toca en las siguientes líneas el tema de la enfermedad.

#### **1.4. La enfermedad**

Es tan inevitable la enfermedad para el hombre como el proceso de envejecimiento, la enfermedad es parte de la vida, en una forma en la que la mayor parte de nosotros ya la hemos vivido, la estamos viviendo o la viviremos en

el futuro. Al tratar de definir la enfermedad se puede uno encontrar con ideas distintas, desde los diferentes puntos de vista como, el psiquiátrico, médico, político, social. Tanto el concepto de enfermedad como el de vida, han cambiado a través de la historia, y han sido forjados en el contexto social, cultural, económico y político de cada época (Pérez Tamayo, 1988).

De acuerdo con Fitzpatrick (1984), una de las aportaciones de la psicología, es el desarrollo de una variedad de conceptos relacionados con la experiencia de enfermedades, desde personalidad y otras formas de variación de individualidad, pasando por modelos de enfrentar situaciones y de tomar decisiones y de intercambio en el cuidado de la salud. También ha trazado muchas conexiones íntimas entre aspectos cognoscitivos y emocionales de la enfermedad. Pero, una perspectiva psicosocial de la enfermedad revelaría de inmediato una diversidad de métodos, y de formas aceptables de evidencia, de problemas diferentes y de intereses prácticos. Esta heterogeneidad se explica por la diversidad de disciplinas que contribuyen a la perspectiva.

Es importante considerar lo anterior, para definir enfermedad terminal, ya que como hemos visto ésta es el resultado de la tendencia del cambio epidemiológico en México. Este trabajo pretende presentar una definición clara y desde el punto de vista psicosocial tanto para la enfermedad como para la enfermedad terminal. Por lo que a continuación se exponen algunos conceptos de enfermedad.

#### **1.4.1. ¿Qué es enfermedad?**

El proceso de definir la enfermedad y de buscar ayuda está influido considerablemente por una amplia gama de factores culturales, sociales y económicos. Engel (1977, citado en Fitzpatrick, 1984) ha sostenido con toda claridad que el modelo biomédico de la enfermedad debe ser complementado radicalmente con el fin de hacer de él un modelo biopsicosocial que incorpore dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la enfermedad. Propone que

la medicina adopte un enfoque de sistemas en el cual se reconozca que la enfermedad se puede entender por medio de varios niveles organizados jerárquicamente, o bien por medio de subsistemas que partan de la célula y que asciendan a niveles tales como la persona, la familia, y a final de cuentas, la sociedad misma.

Cuando se habla de enfermedad se debe de tomar en cuenta que ésta se presenta siempre dentro de una cultura en particular, lo cual, conforma e influye fundamentalmente en el modo en que se experimenta. Puesto que, la cultura entendida como una pauta entrelazada de lenguaje y de las creencias forma parte de la naturaleza de la enfermedad.

Además, no se debe entender la enfermedad como un mal. Eisenberg (1977:11, citado en Fitzpatrick, 1984) hace una distinción conceptual entre ambos términos. Explica que, los males son experiencias de cambios menguantes en estados del ser y en función social; mientras que las enfermedades son anomalías en la estructura y función de órganos y sistemas del cuerpo. Dicho de otra manera, los pacientes sufren males; los médicos diagnostican y tratan enfermedades.

Por consiguiente, una definición adecuada de enfermedad hace mención a todos los aspectos referenciales de trastorno corporal que son conformados por factores culturales que rigen la percepción, el nombre y la explicación de la experiencia desagradable (Fitzpatrick, 1984).

Como se mencionó antes es importante entender lo que se entiende por enfermedad como comprender el concepto de enfermedad terminal, por lo que en la siguiente sección se define dicho término.

#### **1.4.2. Definición de enfermedad terminal**

En primer lugar, la enfermedad terminal no se debe confundir con una enfermedad mortal. Referirse a una enfermedad mortal, quiere decir que una persona puede sobrellevarla durante muchos meses o años sin que llegue por esto a afectar aparentemente su vida. La enfermedad terminal, de acuerdo con Fitzpatrick (1984) y como se verá más adelante, está caracterizada por la presencia de síntomas graves que deterioran en demasía la salud.

Tampoco debe entenderse como una enfermedad crónica. Ciertamente, la mayor parte de las enfermedades crónicas muestran una trayectoria hacia abajo conforme a la cual se produce el deterioro físico del individuo. Sin embargo, este puede ser un proceso rápido, o bien caracterizarse por espacios en que no ocurren cambios físicos, los cuales pueden darse por largos lapsos de tiempo (Fitzpatrick, 1984).

Para definir enfermedad terminal hay que tomar en cuenta, según Zarina (2003b) y Álvarez (s/f), una serie de características que son importantes no sólo para precisarla, sino también para establecer de manera adecuada la terapéutica. Las características que se deben considerar son: la presencia de padecimiento avanzado, progresivo e incurable, por ejemplo, cáncer, SIDA, tumores cerebrales inoperables, mal de Alzheimer e insuficiencia renal (en riñón), cardíaca (corazón) o hepática (hígado), entre otros; la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales, y cambiantes; y el pronóstico de vida inferior a seis meses.

Otros ejemplos de enfermedades que cumplen con estas características en las etapas finales de la enfermedad, en mayor o menor grado, son: enfermedades de motoneurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca, hepática, etc.)

Una importante exposición sobre la enfermedad terminal es la encuesta realizada al azar en Inglaterra y Gales hecha por Cartwright, Hockey y Anderson (1973: 18-24, citados en Fitzpatrick, 1984), cuyos datos se basaron en relatos retrospectivos, casi siempre del familiar sobreviviente más cercano. Aunque no puede decirse que fueron observadores desinteresados, lo cierto es que sus informes se aproximan a la verdad. En los resultados obtenidos, se observa que los síntomas ocurren de un modo muy angustioso durante el último año de vida conforme al siguiente porcentaje de pacientes: dolor 42%; problemas respiratorios, 28%; vómito, 17%; pérdida del control de la vejiga e intestinos, 12%; falta de apetito, 11%; confusión mental, 10% no tuvieron síntomas, 5% tuvieron síntomas el último mes.

El 65% tuvieron que limitar sus actividades durante los últimos tres meses de su vida. Un 20% de ellos tuvo que guardar cama, en tanto que casi todos los demás no salieron a la calle. El 60% deben abandonar el hogar y terminar sus días en un hospital. La mayoría pasa en el hospital de una a 13 semanas (Cartwright, Hockey y Anderson, 1973, citados en Fitzpatrick, 1984).

El estado terminal se define por una situación de muerte inminente inevitable, en la que las medidas de soporte vital sólo pueden conseguir un breve aplazamiento del momento de la muerte. Esta situación es completamente distinta de las crisis de especial gravedad que pueden producirse en el curso de una enfermedad grave. Con frecuencia, identificar la situación terminal es relativamente fácil en los procesos incurables, pero puede ser prácticamente imposible en enfermedades graves cuyo pronóstico no es necesariamente mortal. Para hablar de estado terminal, debe tratarse de una enfermedad incurable hoy y ahora con pronóstico infausto a corto plazo. Por tanto no es paciente terminal aquél que se encuentra en una situación grave con riesgo de muerte a causa de un proceso de naturaleza curable; ni aquél con una enfermedad incurable y de pronóstico fatal que tiene una esperanza de vida razonable superior a seis meses; ni tampoco, quien está en estado de coma si todavía no hay evidencia de que sea irreversible (s/a. s/f).

Sin embargo, el hecho de que una persona sufra una enfermedad terminal no significa que no pueda o no deba recibir un tratamiento, en muchos casos su mayor motivo de preocupación no es la muerte misma sino el sufrimiento que pudiera precederla, como dolor físico, verse obligado a depender de los demás, la pérdida del control sobre sus necesidades fisiológicas, volverse una carga para la familia, y el aislamiento social. Toda asistencia eficaz del enfermo exige que se atiendan los síntomas físicos y psicosociales con igual interés.

En este punto es pertinente describir como vive la persona la experiencia de tener una enfermedad terminal para tener un panorama claro de la situación que enfrentan aquellos que cuidan de un paciente.

### **1.4.3. El paciente con una enfermedad terminal**

Desde el punto de vista de Graus (2002), ser terminal no es una elección. Es una situación única, intransferible, irrepetible, que se vive una sola vez y que debe servir a los que acompañan. Que confronta a quien vive su fin como un todo universal. En estas condiciones, la conciencia de muerte es ineludible; debería ser lo también el escenario de lo que denominamos humano. Vivir la fase terminal, sumergirse en los pensamientos y en el desasosiego del enfermo puede ser un crecimiento inmejorable para autoencontrarse. De acuerdo con este autor, los frutos de penetrar el sufrimiento, el dolor, el miedo, y en pocas ocasiones, la lucidez que acompaña el tránsito entre ser paciente terminal y decidir morir, pueden ser experiencias enriquecedoras.

La muerte y el morir nos tocarán muy de cerca a todos nosotros, tarde o temprano, por lo común como testigos de la última enfermedad de alguien cercano a nosotros, y por último cuando nuestra propia vida llegue a su fin. Aunque morir sea universal y simple en ciertos aspectos, es también inseparable de las complejidades del deseo de vivir. Fitzpatrick (1984) piensa que, la experiencia de enfrentar enfermedades mortales exige, pues, contar con un marco y límites. Cree

que es importante considerar, quien se enfrenta, a que se enfrenta y cómo lo enfrenta. El como incluirá lo bien que se desempeña la gente, aun cuando no hay criterios invariables que permitan juzgar si se está enfrentando bien o mal esta cuestión.

El paciente con una enfermedad terminal sufre varias pérdidas como: la pérdida de la sensibilidad, movimientos, reflejos, presencia del dolor físico (puede ser continua a lo largo de todo el proceso agónico), y deterioro de la circulación periférica; la pérdida tanto de la visión como de la audición, solo ve lo que le está muy cerca y oye nada más lo que se le dice directamente; la pérdida de su seguridad, incluyendo quizás la que da la esperanza, ya que su futuro le es incierto, pierde su tranquilidad, hasta económica en muchos casos, pierde su estabilidad, también emocionalmente hablando, pierde su autonomía; la pérdida de la libertad de privacidad, de pensar (la mezcla de emociones que sufre lo obligará a pensar siempre en una misma dirección); la pérdida del cuerpo; la pérdida de la imagen propia; la pérdida de la paz interior. De las necesidades más importantes son: la de la verdad sobre su situación y la de mantener una buena apariencia física que no atraiga la curiosidad de los otros. Con mucha frecuencia, el paciente con una enfermedad terminal permanece con plena conciencia casi hasta el final.

Las amenazas y temores que el enfermo terminal afronta son: el morir sometido a síntomas insoportables (como el dolor, ahogo, etc.), la prolongación del proceso de la muerte contra su voluntad, el morir en el aislamiento social y la degeneración, el morir bajo el temor de ser una carga social, las restricciones a los medios de soporte vital por razones económicas, la falta de fondos y recursos materiales para su asistencia. (s/a. s/f)

Lo que perturba a los pacientes es el hecho de que la enfermedad sea terminal. Si se dan cuenta de que su vida está por terminar han de sentir una pena profunda. Si no están tan seguros de su final quizás piensen que sanarán. Esta mezcla de

esperanza, temor, valor, irritabilidad y congoja es un estado de inquietud que afecta tanto a pacientes como a quienes los aman.

Si se sabe que la muerte es probable, el resultado obvio es la tristeza. Toda pérdida importante trae consigo infelicidad y depresión. La gente que está por morir experimenta una serie de pérdidas y prevé todavía más. A veces su sensación de pérdida les traerá angustias y dolores. Sin embargo, probablemente empiecen a sentir que han terminado ya algunas luchas y características desagradables de la vida; así pues equilibrándose frente a la sensación de que las fuentes de disfrute se han reducido y limitado, tal vez se presente el alivio de que una vida solitaria de mala salud no durara mucho más (Fitzpatrick, 1984).

Ante el final de la vida cabrá hacer valoraciones finales. Algunos tal vez consideren que su vida deja tras de sí un sabor grato y de realización, en tanto que otros sentirán que la balanza se inclina hacia el arrepentimiento y la insatisfacción. Quienes han estado insatisfechos con su vida, con toda probabilidad estarán perturbados al morir (Hinton, 1975; citado en Fitzpatrick, 1984).

El paciente con una enfermedad terminal, además de tener que soportar las pérdidas, amenazas y temores que lo perturban, tiene que afrontar el hecho mismo de que está por terminar la vida de él mismo. En este punto, es probable que el paciente mismo comprenda que no vivirá mucho. La familia completa se halla ante una separación final y ante la pérdida que ello significa. En términos del grado de tensión que se experimente o las emociones que muestren en respuesta a la angustia experimentada corresponderá a lo bien o mal que se enfrente ante esta situación. Fitzpatrick (1984) anota que, la estrategia o táctica empleada, por el enfermo terminal, será un elemento que se considere como la medida para reducir la tensión o para hacer tolerable el dolor.

Si un paciente reconoce la índole grave de su enfermedad, su actitud hacia la amenaza afecta sus sentimientos, y esta actitud puede fluctuar desde la adopción de una postura de desafío hasta una rendición excesiva y sin defensa. Tómese en cuenta que, la gente que está por morir revela en sus conversaciones los medios de que se vale para enfrentar las amenazas que se ciernen sobre ella para hacerlas más tolerables.

Desde el punto médico, los pacientes suelen usar la negación como defensa; cerrando los ojos ante sus dificultades y actuando como si ellas no existieran; impidiendo que puedan permanecer alertas y por tanto se dirigen a una situación más tarde no podrán controlar y ni evitarlo. Los pacientes llamados obsesivos o compulsivos habitualmente controlan la ansiedad que sienten en sí mismos, organizando su mundo exterior (Piper, 1973).

Glasser y Struss (1965: 29-39; citados en Fitzpatrick, 1984) averiguaron, que un modo muy burdo de enfrentar una amenaza sin angustia es desentenderse de ella; y esta actitud es alentada por parientes, amigos y profesionales. Hablar de la enfermedad en términos eufemistas y describir con optimismo el porvenir, ayuda a evitar que los allegados soporten una realidad amarga y conversaciones embarazosas; se tiene la delicadeza de no mencionar la incapacidad de curación. Lo que sorprende es cuán a menudo esta estrategia, consciente o inconsciente, se mantiene con buen éxito y como los mecanismos primitivos del enfrentamiento por medio de la negación evitan muchos sufrimientos.

Frecuentemente la negación, que es un mecanismo de defensa, del paciente está muy lejos de ser absoluta. Es probable que contenga sus propios pensamientos en cuanto a aceptar un resultado favorable de su enfermedad y tal vez con más conciencia se una con los demás en la conspiración de evitación. Poco a poco, puede darse un reconocimiento cada vez mayor del estado verdadero, y la evitación ayuda a que pueda enfrentarlo sin quedar abrumado emocionalmente. Hackett y Weisman (1962, citado en Fitzpatrick, 1984) afirman que, de ordinario

hay un estado ambivalente, o “conocimiento medio”, y que ocurre cuando una persona que está por morir, pero rechaza la muerte. Otra manera menos compleja, de negar la muerte, es afirmar que la enfermedad puede ser fatal pero que el paciente se considera entre los más afortunados.

Una racionalización que haga más comprensible la enfermedad tal vez ayude al paciente, aunque para otros en privado la explicación sea inverosímil. También, se podría aferrarse a una causa que atribuya culpa.

El otro extremo, del aspecto cognoscitivo del enfrentamiento, es maximizar el conocimiento en vez de reducirlo para que sea tolerable. Hay gente que siente que puede hacer frente a cualquier situación siempre y cuando se le diga todo. De acuerdo con Fitzpatrick (1984), no menos del 75% de los enfermos terminales perciben el final que les espera, casi todos lo han averiguado por sí mismos.

Sin embargo, la mayoría de los familiares opinan que a los pacientes no se les debe decir todo. Esto puede deberse a la gran desinformación que se tiene sobre el estrés y los estilos de afrontamiento en el paciente con una enfermedad terminal. Se hace necesario un estudio serio que permita profundizar más en este tema. Es conveniente, entonces, saber de que manera se mueve el entorno familiar y social del enfermo, por lo que la siguiente sección se dedica a este tema.

#### **1.4.4. El paciente con una enfermedad terminal, la familia y la sociedad**

La presencia de una enfermedad o incapacidad crónica en una familia, según Fitzpatrick (1984), provoca fuertes tensiones intrafamiliares, que con frecuencia deben ajustarse a las nuevas circunstancias. Estos ajustes ocurren con diversos grados de dificultad, según la gravedad y tipo de la incapacidad, la naturaleza de la relación y las actividades anteriores del paciente, y según muchos otros factores.

Como se mencionó antes el enfermo terminal tiene la necesidad de saber la verdad y debe saberla. Antes de morir una persona, debe poder disponer de su voluntad en todo lo que tiene que ver con sus relaciones familiares y sociales. La verdad es importante, debe ser dicha con amor y respeto. Los miedos y los escrúpulos no surgen de los afectos que le tenemos al enfermo, son muchas veces síntoma de nuestros propios miedos frente a la muerte. Una de las tensiones que se viven es que, el enfermo terminal nos recuerda que un día, nosotros también moriremos. Quien ama la vida y la ve como un maravilloso regalo de Dios puede enfrentar estos miedos. (s/a. s/f)

Las consecuencias psicosociales del diagnóstico de cáncer, según Tenorio (2003), puede incluir temor de recurrencia o muerte, estrés familiar, aislamiento social, depresión, alteración de la imagen corporal y problemas económicos; la concurrencia de estos problemas y su cronicidad pueden conducir al enfermo a estados severos de angustia. Las cuales son irremediamente, condiciones que influyen en la evolución de la enfermedad y en su respuesta al tratamiento.

Además, los pacientes terminales, con frecuencia, tienden a ocultar sus luchas, la depresión y la ansiedad. De acuerdo con Tenorio (2003), investigaciones recientes han demostrado que muchos individuos temen sobrecargar a sus familias física, emocionalmente, y financieramente durante los últimos días.

Los retos psicosociales que con mayor frecuencia enfrentan los enfermos con cáncer son: pérdida de la capacidad de participar en el trabajo, pérdida de la capacidad en todas las actividades sociales de las que antes disfrutaba, el sentimiento de culpa sobre el impacto del diagnóstico sobre las personas por las que el paciente se preocupa, y la disminución del sentimiento de autoestima y autovaloración (Tenorio, 2003).

No tiene nada de extraño que el aislamiento y la pérdida de contactos sociales (disminución de la interacción social) sean una consecuencia de la invalidez y

enfermedad crónica cuando hay de por medio grandes limitaciones físicas. La disminución en la movilidad, problemas de comunicación y de audición y visión son cosas que restringen la amplitud del individuo para conservar viejas amistades y para hacerse de otras nuevas. Aun en casos en que la enfermedad sólo reduce la energía y el tiempo de que dispone el individuo, sus amistades resultan afectadas (Fitzpatrick, 1984).

También se ha perdido el contacto social, porque antes la gente solía morir en sus hogares. Pero debido al gran desarrollo de la medicina hospitalaria y la tecnificación que han cambiado la antigua tradición, la mayoría muere en los centros hospitalarios. Como señala Tenorio (2003), el enfermo terminal tiene el derecho de renunciar a las “ventajas tecnológicas”. La muerte en el propio domicilio, se asocia generalmente a un menor riesgo de agresión médica y también a una mayor posibilidad de despedirse de este mundo en el mismo entorno en el que se ha vivido.

El hecho mismo que se le llame “el paciente” es significativo. Muy probablemente se reducirá su posición en el seno de la familia y de la sociedad. Los hombres pueden perder la importancia de sus aptitudes. Las angustias de los moribundos no se suscriben a sus síntomas ni a sus incapacidades sino a la incertidumbre de no saber quién va a cuidarlos. Los pacientes a veces pueden sentirse perdidos, pasados por alto y hasta amenazados con el olvido.

A raíz de esto han surgido algunas instituciones que tienen como finalidad informar, orientar, canalizar, brindar atención y apoyo tanto a pacientes con una enfermedad terminal como a los familiares de estos enfermos, en busca de ofrecer al paciente una calidad de vida óptima durante el tiempo que dure su convalecencia. A los familiares y sobretodo a los cuidadores se les capacita en los cuidados paliativos, también se les prepara para la pérdida con la finalidad de que los cuidadores, como recurso invaluable del paciente, pueda brindar un mejor y

eficaz apoyo. Por tal motivo la siguiente sección esta dedicada al tema de dichas instituciones.

### **1.5. Instituciones que atienden a pacientes con una enfermedad terminal**

Para las generaciones pasadas la muerte era vista como parte de la vida. Era común perder a un amigo o ser querido en la edad de la pubertad. La mayoría de las personas morían en casa rodeadas por sus familiares, quienes se apoyaban mutuamente para ayudar al moribundo y a sí mismos a enfrentar lo desconocido.

La Dra. Elizabeth Kubler-Ross hizo mucho por cambiar para siempre nuestra forma de pensar sobre la muerte. En 1969, su libro guía “On Death and Dying” (Sobre la muerte y morir) explica con mucho detalle el proceso de morir, como una metamorfosis del espíritu humano. Similar al proceso de una mariposa cuando deja el capullo. La Dra. identificó cinco etapas por la que muchos enfermos terminales transitan. Ella fue la primera en definir el concepto de duelo, la tarea o fases que los seres humanos deben enfrentar antes de trabajar su duelo. Estas cinco fases también han sido utilizadas para identificar las etapas que un ser humano atraviesa luego de la muerte de un ser querido, la pérdida de un miembro e, incluso, el sufrimiento de una desilusión intensa. Estas etapas son: negación, aislamiento, rabia, negociación, depresión y aceptación.

De igual forma, la enfermera estadounidense Florence Wald, fue un ejemplo del pensamiento de las mujeres pioneras. En 1974, abrió el primer programa para enfermos terminales y cuidados paliativos de New Haven, CT. Ella consideraba que la medicina estaba cambiando su enfoque, pasando de las personas a las enfermedades. Ella sintió que no era solamente que no se hablaba de la muerte con los pacientes, sino que también se ignoraba el impacto que ésta tenía en la familia. Las decisiones se tomaban sin que hubiera ninguna comunicación entre los pacientes y las personas responsables de su atención. La atención de los

Centros para enfermos terminales y cuidados paliativos se enfoca en la muerte (AtlantiCare, s/f a).

### **1.5.1. Historia de las instituciones y centros de atención para enfermos terminales**

Los centros para enfermos terminales y cuidados paliativos existen desde tiempos medievales, no sólo atendían a los que llegaban allí para morir, sino que también brindaban un lugar de refugio para viajeros, para aquellos que necesitaban recuperarse, mujeres embarazadas y enfermos. Estos eran lugares de descanso eran, por lo general, administrados por órdenes religiosas (AtlantiCare, s/f a).

La atención de los Centros para enfermedades terminales y cuidados paliativos modernos comenzó en Inglaterra. Una mujer inglesa llamada Cicely Saunders, quien era estudiante de enfermería durante la Segunda Guerra Mundial, observó mucho sufrimiento y muerte. Ella aprendió que lo más importante cuando se está muriendo es mitigar el dolor y morir con dignidad. Observó dos tipos de dolor: el dolor físico y el dolor psicológico-espiritual de la muerte misma. Su experiencia la llevó a convertirse en la fundadora del movimiento moderno de los Centros para enfermos terminales y cuidados paliativos. Su convicción fue: "Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con calidad" (AtlantiCare, s/f a).

El movimiento de los Centros para enfermos terminales y cuidados paliativos ha contribuido a provocar este cambio. El tema principal de estos Centros es la creencia de que al enfermo terminal se le debe aliviar el dolor y que, en la medida de lo posible, debe morir con dignidad y contar con el apoyo de la familia en general. Ha surgido un movimiento que ha comenzado a considerar la muerte natural como el parto natural (AtlantiCare, s/f a).

En 1967, la Dra. Saunders abrió el primer Centro para enfermos terminales y cuidados paliativos en las proximidades de Londres. Este brindaba atención solamente a enfermos terminales. Este modelo de hospital de cuidados paliativos se inició con la apertura del St. Christopher's Hospice. Muchos de los principios que hoy rigen los tratamientos paliativos en varios hospitales se basan en este modelo. Actualmente en los hospitales oncológicos hay grupos interdisciplinarios integrados por oncólogo médico, cirujano, radioterapeuta, psiquiatra, clínica del dolor, trabajadoras sociales y enfermeras preparadas en cuidados paliativos. La función de estos equipos es establecer estrategias para que, con perspectiva ética y de calidad de vida; se proporcione la asistencia integral, no sólo sintomática, al enfermo y a su familia. En algunos países se han creado centros que atienden a estos pacientes, con personal sanitario familiarizado con los enfermos de cáncer avanzado, en el manejo de fármacos específicos, de drogas de acceso restringido y con el conocimiento de los diferentes tratamientos que estos enfermos requieren (Tenorio, 2003).

El compromiso de estos equipos interdisciplinarios es técnico y ético:

- Control de los síntomas
- Apoyo emocional y comunicación con el enfermo
- Apoyo a la familia, énfasis especial en la atención en su domicilio
- Servicio de consulta y cuidados en consultorios
- Asistencia de trabajo social durante el periodo de duelo
- Tratamiento en el hogar

Ya hace varios años que se usa el concepto del tratamiento paliativo; en un principio se definía como el tratamiento que pretende aliviar o mitigar los síntomas físicos sin afectar al tumor. Este concepto de paliación no incluía la atención de las alteraciones psico-sociales del enfermo y de su familia; ni tampoco contemplaba el concepto de calidad de vida; un ejemplo es la práctica frecuente, en los años cincuenta, de la lobotomía prefrontal transorbitaria para suprimir el dolor. Los

tratamientos paliativos se indicaban cuando el enfermo estaba fuera de tratamiento efectivo y con frecuencia en su fase terminal (Tenorio, 2003).

En la actualidad, el concepto ha cambiado, ya no se habla de tratamiento paliativo, sino de “cuidados paliativos” o “medicina paliativa” que pretende evitar, aliviar o reducir los síntomas físicos causados por el cáncer, y por los tratamientos antineoplásicos; al mismo tiempo que se proporciona apoyo psicosocial al enfermo y a la familia. Tiene como propósitos controlar los síntomas, disminuir la angustia del paciente y mejora la calidad de vida. De acuerdo con Tenorio (2003), se han demostrado que, al disminuir los síntomas psiquiátricos tales como ansiedad y depresión, mejora la capacidad del enfermo para afrontar sus problemas, y disminuye síntomas como dolor, náuseas y vómito.

### **1.5.2. Organización Mundial De La Salud (OMS)**

La Organización Mundial De La Salud (OMS) tiene como metas principales de los cuidados paliativos el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible. Pone a disposición los servicios de cuidados paliativos para personas que ya no pueden beneficiarse de los tratamientos curativos.

Los programas de cuidados paliativos están preparados para brindar servicios en varias situaciones, como: en el hogar, en centros de cuidados paliativos, en hospitales o en establecimientos capacitados para asistir enfermos. Además los servicios están diseñados para proporcionar asistencia y apoyo a las familias. Los Cuidados Paliativos han surgido de diversas iniciativas basadas en principios practicados y presentes en la actividad de médicos de cabecera, de muchos oncólogos, de profesionales de las clínicas del dolor y de muchos otros en todos los ámbitos; los cuales han intentado, muchas veces con gran esfuerzo personal, dar una respuesta digna y profesional a las necesidades de atención distintas que plantean los enfermos y sus familias en la situación de enfermedad terminal.

Las Unidades Polivalentes, como son las Unidades de Hospitalización a Domicilio, han contribuido y practicado estos principios en el cuidado y manejo del paciente paliativo, durante esta última década.

Tienen el objetivo de:

- Reafirmar la importancia de la vida aún en la etapa terminal.
- Establecer un cuidado activo que no acelere la muerte ni tampoco la posponga artificialmente.
- Proporcionar alivio al dolor y otros síntomas angustiantes.
- Integrar los aspectos físicos, psicológicos y espirituales del cuidado.
- Facilitar que la persona enferma lleve una vida tan activa como sea posible.
- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del ser querido y sobrellevar el duelo."

### **1.5.3. Instituto Mexicano de Tanatología, A. C. (INMEXTAC)**

El INMEXTAC, es una asociación civil no lucrativa, no gubernamental, ni religiosa, que se mantiene sobre la base de donativos y cuotas de recuperación. Su propósito es ayudar a las personas brindándoles de cuidados paliativos es el control del dolor y de otros síntomas (Loyola, 2000).

Desde el enfoque de la tanatología, se considera a la persona como una unidad bio-psico-social que requiere ayuda y apoyo al enfrentar su propia muerte. El trabajo tanatológico se basa en, prestar un servicio personal e interdisciplinario, eficaz y eficiente considerando al ser humano integralmente mediante una actitud de respeto hacia su libertad y dignidad en el proceso de la muerte y duelo.

El tanatólogo extiende su labor para ayuda a superar toda clase de pérdidas emocionales, desde la perdida de un ser querido, hasta el cambio de casa, de escuela, de trabajo, un divorcio, el nido vacío, una jubilación, etc.

Comprende 4 áreas:

-Bioética: ayuda en clonación, embarazos asistidos, trasplantes y donaciones de órganos, pérdida de órganos, prótesis, etc.

-Logoterapia: ayuda a personas que no quieren vivir, pero que tampoco quieren morir, ayuda a encontrarle un Sentido a sus Vidas en forma individual o también un sentido a las muertes físicas que han tenido, incluye también a los suicidas potenciales, ancianos, jubilados, divorciados, etc.

-Consejería: Ayuda a enfermos terminales y a familiares a morir en paz y con dignidad, y a sus familias a seguir viviendo con plenitud y sin culpas habiendo podido cerrar sus círculos.

-Tanatología en General: Ayuda a superar cualquier tipo de pérdida.

En el siguiente apartado se exponen los temas de estrés, afrontamiento, y apoyo social, así como se mencionan algunas investigaciones realizadas sobre estos temas.

## **2. Marco teórico**

### **2.1. Estrés**

En 1984, Rothstein (citado en Pastrana, 1998) advirtió que la desorganización psicológica y el estrés experimentados por los familiares ante una hospitalización de alguno de sus miembros, aunado con la intensidad del tratamiento es mucho más fuerte y perjudicial que la misma enfermedad de dicho miembro.

Ante una enfermedad crónica como el cáncer, los familiares del enfermo experimentan una situación estresante, esto debido a los cuidados médico que dicho miembro requiere y a otras situaciones que aunque a simple vista no están relacionados con la enfermedad resultan estresantes para la familia como por ejemplo: gastos en medicamentos, transportación, alimentación entre otros; así como los cambios en las actividades cotidianas, sobre todo de aquellos que quedan al cuidado del enfermo, por lo que es importante en este punto, profundizar un poco en el tema del estrés.

#### **2.1.1. Breve historia**

En el siglo XIV, se usaba el término *stress* para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción. En el campo de la física se definió *stress* como la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa o *load*, que tiende a distorsionarlo; *strain* era la deformación o distorsión sufrida por el objeto (Hinkle, 1977; citado en Lazarus y Folkman, 1991). Esta definición está centrada principalmente en los eventos del entorno, como desastres naturales, agresión al organismo, problemas familiares o laborales; en esta definición no se hace mención alguna al concepto de estrés como una respuesta que se produce cuando el individuo está dispuesto a reaccionar ante el estrés; sino más bien se refiere a un cuerpo inactivo o pasivo que es deformado.

En el siglo XVIII, el fisiólogo Claude Bernard, usa el término estrés en el campo de la biología como indicador de un proceso activo de resistencia. En este mismo campo, los conceptos de stress y strain en el siglo XIX, fueron pensados como antecedentes de la pérdida de la salud. En 1932, Walter Cannon consideró el estrés como una perturbación de la homeostasis de un organismo y que con ello trae una reacción de alarma vehiculada a través de la actividad simpático-adrenal (Pastrana, 1998). Selye, en 1936, definió el término estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, incluidas las amenazas psicológicas; a esta relación la llamó Síndrome General de la Adaptación. De manera que, estrés hace referencia a un grupo universal de relaciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a la demanda; y no a la demanda ambiental a la que Selye llamó estímulo estresor. A pesar de que el trabajo de Selye tuvo implicaciones en los niveles sociológicos y psicológicos no se clarificaron los procesos posteriores (Lazarus y Folkman, 1991).

Wolf (1953; citado el Lazarus y Folkman, 1991) consideró el estrés como un estado que se produce en un ser viviente como resultado de la interacción del organismo con estímulos o circunstancias nocivas; es decir el estrés es visto como un estado dinámico del organismo, lo cual, apunta a aspectos del proceso de estrés como recursos necesarios para el afrontamiento, su costo, enfermedad y agotamiento, y sus beneficios, aumento de la competencia. Además, al ser visto el estrés como un estado dinámico resalta la relación entre el organismo y el entorno, la interacción y el feedback.

En el campo de la sociología, Marx, Weber y Durkheim (Durkheim, 1893; citado en Lazarus y Folkman, 1991) se interesaron en el tema sobre alienación, describiendo ha ésta como una condición de anomia que aparece cuando el individuo experimenta la falta o la pérdida de normas adecuadas que guíen sus esfuerzos por alcanzar las metas socialmente predeterminadas; en este término ya se veía el concepto de estrés. Más recientemente, los sociólogos utilizan el

termino *strain* en lugar de *stress*, para describir formas de distorsión o de desorganización. Así, estos consideran que tumultos, pánico y otros trastornos sociales, como la alta incidencia de suicidios, crimen y enfermedad mental son consecuencia de estrés social; hacen referencia a fenómenos de grupos más que a fenómenos psicológicos individuales.

Mientras que, en el campo de la psicología, el estrés fue sobreentendido como una estructura organizadora de la persona que describir alguna psicopatología; aunque en un inicio se usó el término ansiedad en lugar de estrés. Se pensó que la ansiedad era una consecuencia de los eventos estresantes y que generaba un estado de estrés crónico. Según Freud (citado en Carbellido, 1992), el bloqueo o retraso de una descarga instintiva, o la gratificación de ésta, se traduce en una sintomatología determinada. En otras postulaciones, Freud, habló de la ansiedad secundaria que aparece como señal de peligro ante conflictos, para poder en marcha los mecanismos de defensa. Más recientemente, la ansiedad fue considerada como una clásica respuesta condicionada, que lleva a la aparición de hábitos inútiles o patológicos de reducción de la ansiedad (Lazarus y Folkman, 1991). Puede decirse que el punto dominante de la psicopatología fue el de que esta era producto del estrés.

Durante la segunda guerra mundial las investigaciones sobre el estrés tuvieron gran auge. Tiempo después se reconoció que el estrés representaba un aspecto inevitable de la vida y que marcaba las diferencias en el impacto que ocasionaba entre los individuos dependiendo de la forma en que cada individuo lo afronta; entonces se dejaron los modelos estímulo-respuesta a los modelos estímulo-organismo-respuesta (Pastrana, 1998). Muy recientemente, el interés sobre el estrés y su afrontamiento se ha visto estimulado por: la preocupación por las diferencias individuales, el resurgimiento del interés en materia psicosomática, el desarrollo de una terapia conductual dirigida al tratamiento y prevención de la enfermedad y del estilo de vida con elevado riesgo para la salud, el crecimiento de

una perspectiva experimental del curso de la vida y una preocupación del papel del entorno en los problemas del hombre (Lazarus y Folkman, 1991).

Álvarez (1987; citado en Martínez Díaz y Solís, 2001), investigador cubano, señala que los aspectos que se deben tomar en cuenta para una definición de estrés son:

- a) Que es una respuesta del organismo ante estimulaciones que tienden a romper su homeostasis, las que pueden ser de origen psicosocial, físico o biológico
- b) Que esta respuesta es de tipo sistémico e integra los niveles psicológicos, neurológicos y endocrinos.
- c) Que es una respuesta parcialmente inespecífica, lo que quiere decir que en algunos niveles la respuesta puede ser estereotipada o independiente de la naturaleza del estímulo.
- d) Que el carácter estresante de un estímulo de tipo psicosocial no lo da el estímulo como tal, sino la significación atribuida a dicho estímulo por el sujeto unido a experiencias previas, grado de control sobre el ambiente, etc.
- e) Que tanto la significación como la respuesta psicológica tienen estrechamente vinculados sus componentes afectivos y cognoscitivos.
- f) La respuesta de estrés es activa e influye tanto sobre el estímulo psicosocial como sobre la significación atribuida.

Como se ha visto, el estrés ha sido materia de estudio durante siglos, sin embargo no se había conceptualizado de manera sistemática como se ha hecho en recientes estudios. Se ha reconocido que el estrés representa un aspecto inevitable de la vida y que lo que marca la diferencia en el funcionamiento social entre individuos es la manera en que cada uno lo afronta. De manera que se ha estimulado el estudio del estrés y las diferencias individuales en las relaciones ante el (Lazarus y Folkman, 1991).

Lazarus y Folkman (1991) indican que al conceptualizar el estrés en términos de estímulo-respuesta, surgen algunas dificultades para definir lo que sería una respuesta al estrés; debido a que, todos los aspectos de la vida parecen o producir o reducir la llamada homeostasis, lo cual dificulta distinguir el estrés de cualquier otra cosa, excepto cuando el grado de trastorno sea muy superior al habitual. De igual forma, se hace difícil definir un estado de equilibrio o estado basal a partir del cual evaluar el grado de trastorno producido. Además, Las definiciones que consideran el estrés como un estímulo se centran en los acontecimientos del entorno (desastres naturales, condiciones nocivas para el organismo, enfermedad o despido laboral); aceptando que estas situaciones son, de forma universal, estresantes sin tomar en cuenta las diferencias individuales en la evaluación que se hace de dichas situaciones. Igualmente limitadas son las definiciones que consideran al estrés como una respuesta (que predominan en el campo de la medicina y la biología); ya que se piensa al individuo como dispuesto a reaccionar ante el estrés, o como alguien que está bajo estrés. Por último, Lazarus y Folkman (1991) resaltan la necesidad de establecer normas adecuadas que permitan determinar de forma específica las condiciones bajo las cuales determinados estímulos resultan estresantes.

En los siguientes párrafos se presentan algunas definiciones con las que se conoce el término estrés, de acuerdo con diferentes autores.

### **2.1.2. Definición**

Como ya se mencionó anteriormente, Selye definió estrés como una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda (Lazarus y Folkman, 1991). Esta definición se limita al nivel psicológico de análisis, y por otro lado se asemeja a las definiciones que hablan del estrés como un fenómeno de la homeostasis producido por un cambio ambiental.

Miller (1953; citado en Lazarus y Folkman, 1991) define el estrés como “cualquier estimulación vigorosa, extrema o insulsa que, representando una amenaza, cause algún cambio significativo en la conducta...”

Para Levi (1971; citado en Pastrana, 1998), el estrés tiene lugar cuando una estimulación incrementa la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarla; en otras palabras, cuando se presenta un evento estresante hay una sobre-estimulación y una acción atenuadora del organismo, implicando con ella una estrategia adaptativa (como se puede observar esta definición sigue el modelo estímulo-respuesta).

De acuerdo con Valdés y de Flores (1985; citado en Pastrana, 1998), el estrés es una consecuencia de una activación psicofisiológica, en donde está implicado un estímulo, una cognición, una reacción fisiológica y una conducta que generalmente se traduce en términos de fracaso adaptativo.

Según Aduna (1998), también se ha definido el estrés como producto de un conflicto intrapsíquico centrándose en las necesidades, motivos, impulsos o creencias; o como una respuesta, tal como excitación fisiológica o distrés subjetivo.

Norris y Murrell (1987; citado en Aduna 1998), señalan que el estrés es causado por la presencia de síntomas previos de tipo físico, psicológico e incluso social, como: la poca educación, poca edad, problemas de depresión, problemas de género.

Carbellido (1992), dice que el estrés se refiere a las circunstancias que demandan una respuesta, exigencia física o psicológica al individuo, como a las relaciones emocionales que se experimentan en dichas situaciones.

En 1980, McCubbin (citado en Huerta y Corona, 2003) define los estresores como los eventos de la vida o sucesos con suficiente magnitud que provocan un cambio en el sistema familiar. Al haber un enfermo con una enfermedad crónica en la familia, ésta sufre alteraciones, los miembros de este núcleo cambian sus papeles debido a que el paciente en cuestión requiere de más atención por parte de cada uno de ellos. El estrés no es visto en el evento en sí mismo, es decir, no reside en la enfermedad, sino es conceptualizado como una función de la respuesta de la familia ante dicho evento y se refiere al monto de tensiones generadas por el estresor que no logra ser manejado por el sistema familiar.

En 1966, Lazarus (citado en Carbellido, 1992) propone que la conducta y sus efectos emocionales están determinados por las cogniciones, hipótesis, valores, percepciones, creencias del individuo, etc., lo que lleva al empleo de variables cognitivas y por lo tanto a la conceptualización del estrés como proceso dependiente de los significados para el sujeto. Para Lazarus y Folkman (1991), se hace evidente la necesidad de adoptar una perspectiva relacional, en la que se identifique la naturaleza de la relación con el propósito de comprender el complejo modelo de reacción y sus consecuencias adaptativas. Por lo cual, sugirieron que se utilizara un concepto organizador para entender el amplio grupo de fenómenos que implica el estrés. Consideraron que el estrés no es una sola variable, sino una rúbrica de distintas variables y procesos.

De manera que Lazarus y Folkman (1991), definen el estrés psicológico como el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos que ponen en peligro su bienestar. En esta definición se hace referencia a la relación entre el individuo y el entorno, en la que se tiene en cuenta las características del sujeto por una parte y la naturaleza del medio por otra, y depende de la evaluación cognitiva del sujeto si determinada relación individuo-ambiente es estresante o no.

### **2.1.3. Estrés desde la perspectiva de Lazarus y Folkman**

Como ya se mencione, en la definición de estrés propuesta por Lazarus y Folkman (1991), se hace referencia a la relación entre el individuo y el entorno, en la cual se consideran las características del individuo y la naturaleza del medio; también se señala que depende de la evaluación cognitiva del individuo para determinar si relación individuo-ambiente es estresante o no.

Este enfoque supone que un estímulo estresante no presume el mismo impacto y los mismos efectos adversos en personas distintas, e incluso sobre la misma persona, en momentos o situaciones vitales. Y que es a través de la evaluación del estímulo como situaciones propiamente amenazantes o no para el individuo; o bien del juicio que se haga sobre las posibilidades para enfrentar esa situación.

El modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1991), plantea que la percepción de un estímulo estresante por un individuo será evaluado primero por el significado y segundo por la importancia de la situación para su bienestar; este proceso de interpretación es variable de un individuo a otro e influye en la relación dinámica o transaccional entre el ambiente, mediadores internos y afrontamiento ante el estrés.

Por lo tanto, los acontecimientos no tienen significado para el sujeto hasta que su filtraje de la experiencia, sus defensas psicosociales, las repercusiones fisiológicas, las estrategias de afrontamiento y sus conductas decidan su poder patógeno; para unos individuos el estímulo tendrá connotaciones negativas mientras que para otros gratificantes (Valdés y de Flores, 1985; citado en Pastrana, 1998).

Mediante la evaluación cognitiva, el individuo concede unos atributos específicos a la situación estimuladora, por creer que puede afectar en mayor o en menor medida a su bienestar personal. En relación con esta evaluación subjetiva, sólo

podría considerarse como estresor aquel estímulo que, tras de ser evaluado, sea clasificado por el individuo como desafiante o amenazante y que desborde la posibilidad que él tiene de hacerle frente (Lazarus y Folkman, 1991). Mientras que, la respuesta emocional y en consecuencia la relación orgánica ante el estímulo será determinada por el resultado de una evaluación emocional de la situación estimulada.

La evaluación cognitiva determina las consecuencias que se pueden generar ante algún estímulo. Lazarus y Folkman (1991), describen tres tipos de evaluación, a saber, evaluación primaria, evaluación secundaria y la reevaluación.

La evaluación primaria, se refiere a la percepción de la situación que enfrenta el individuo. Cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo, tal encuentro pertenece a la categoría de irrelevante. El individuo no siente interés por las posibles consecuencias, dicho de otra forma, el encuentro no implica valor, necesidad, compromiso; es decir, no se pierde ni se gana nada con la transformación. Las transacciones benigno-positivas se presenta si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan o logran bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Tales evaluaciones se caracterizan por generar emociones placenteras como alegría, amor, felicidad, regocijo o tranquilidad. Entre las evaluación estresantes se incluyen aquellas que significan daño/perdida, amenaza y desafío Se considera daño/perdida cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, algún daño irreparable, o perdido algún ser querido. Los acontecimientos más perjudiciales son en los que hay pérdida de compromisos importantes. La amenaza se refiere a aquellos daños o perdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén. Aun cuando ya han tenido lugar, se considera igualmente amenaza por la carga de implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleva consigo. El desafío se caracteriza por que hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual genera emociones placenteras como impaciencia, excitación y regocijo. En la

“Social Adjustment Scale” de Homes y Rahe, la enfermedad grave y la muerte de un familiar aparecen como los eventos más estresantes (s/a, 1967).

La evaluación secundaria, hace referencia al enjuiciamiento de lo que sea o no oportuno para hacer ante la situación y a la prevención de las consecuencias que se derivan de los distintos modos de proceder. En ésta, se generan los pensamientos de lo que puede y debe hacerse, en este complejo proceso se revisas las opciones afrontativas con que cuentan para hacer frente a una amenaza o desafío que cumplan con las expectativas de eficacia en pro del propio bienestar y seguridad, así como la evaluación de consecuencias por el uso de determinadas estrategias.

La reevaluación, supone cambios en la primera evaluación efectuada, a partir de la incorporación de nuevos datos provenientes del propio sujeto o del entorno. Es decir que, la reevaluación se produce cuando una estrategia de afrontamiento generada de una evaluación previa resulta inadecuada, en ese momento el individuo la reinterpreta de una forma más positiva, para sobrellevar la situación estresante, y así sucesivamente, para convertirse en un proceso circular.

Un acontecimiento será estresante en función a la cronología o al momento de la vida en que aparezca y a las experiencias previas. En un ciclo de vida se espera que sucedan ciertos acontecimientos, cambios, crisis normales en una persona, pero cuando ocurre a destiempo de lo esperado en su núcleo social, se puede esperar que este individuo sufra un alto nivel de amenaza y reaccionar con aislamiento, insatisfacción, baja autoestima, etc. (Lazarus y Folkman, 1991).

Como se ha visto hasta hora, el estrés es un tema de gran interés y por tal motivo ha sido objeto de diversas investigaciones, algunas de las cuales se muestran en el siguiente apartado.

#### **2.1.4. Investigaciones sobre estrés**

Muchas de las investigaciones realizadas sobre el estrés provienen del enfoque médico. Desde éste enfoque es de gran interés saber si el estrés es un detonante del cáncer. Puesto que se considera que el cáncer es una enfermedad que trastoca todos los proyectos de vida elaborados en el presente. Por lo que identificar una causa puede proporcionar a los enfermos y a sus familiares el principio de una solución para neutralizar la enfermedad.

Ya que la creencia de que el estrés puede causar cáncer es una idea sólida y con frecuencia difundida por los medios. El enfoque médico reubica la discusión a los conocimientos científicos y fiables, es decir en investigaciones que estudien las posibles relaciones entre factores de estrés y la aparición del cáncer.

Desde esta perspectiva se entiende estrés como una respuesta del organismo a diversos tipos de agresiones que pueden ser de diferentes órdenes. Haciendo diferencia entre las agresiones brutales como un gran susto, un esfuerzo físico intenso y los acontecimientos más duraderos como un duelo, problemas familiares y/o profesionales.

Un estudio realizado por May-Levin (2000) mostró que los pacientes con SIDA y afectados por una inmunodepresión severa y duradera desarrollan más a menudo linfomas de los cuales se sabe que están frecuentemente relacionados con una mala regulación de la inmunidad o incluso con cánceres de origen viral (cáncer de cuello uterino, sarcoma de Kaposi). Se observó una baja de los linfocitos circulantes en personas que sufrieron agresiones tan variadas como estar cerca de un accidente de una central nuclear o ser familiar de un paciente con Alzheimer. Sin embargo, estas reacciones resultaron ser aisladas y las funciones inmunitarias de estas personas permanecieron dentro de los límites normales.

Por otro lado, May-Levin encontró que los estudios clínicos dedicados a la relación de causa-efecto entre el estrés y la aparición de un cáncer arrojaron

resultados discrepantes. Los resultados de una encuesta de Chen et al indicaron un aumento del riesgo de cáncer en mujeres que padecieron un estrés agudo. Pero resulta dudoso debido a que los participantes fueron: 41 mujeres con cáncer sobre un total de 119; además de la forma en que fueron seleccionadas ya que en todos los casos se trataba de mujeres sometidas a una biopsia a raíz de una mamografía o estudio dudosos.

En otro estudio se tomó en cuenta la frecuencia con la cual las mujeres que sufren cáncer de mama lo atribuyen a factores psicológicos tales como el estrés o una depresión, se comparó el número de casos de estrés psicológicos en los antecedentes de 258 mujeres con cáncer de mama y comparó este número con el de 614 mujeres sanas tomadas al azar en la población. No se logró demostrar ninguna asociación entre los factores de estrés y la aparición del cáncer de mama. Johansen (1997), realizó un estudio partiendo de la hipótesis de que ser padre de un niño con cáncer constituye un hecho de vida estresante mayor en su intensidad y duración, se estudió a todos los padres daneses (11.231 padres) de niños con cáncer entre 1943 y 1985 hasta 1992 y fueron comparados con una población testigo. En los resultados obtenidos no se encontró alguna diferencia entre el número de apariciones de cáncer entre los padres del grupo estudiado y los del otro grupo.

Molerio y García (2004), de la Universidad Central de Las Villas de la Facultad de Psicología de Cuba, realizaron una investigación sobre la influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. Se hizo un estudio exploratorio - descriptivo y se establecieron comparaciones entre un grupo de 25 sujetos normotensos y uno de 25 pacientes con hipertensión arterial esencial (HTA) para evaluar el estrés y el funcionamiento emocional en el segundo grupo. Se halló un predominio en los pacientes hipertensos de vivencias negativas que son experimentadas intensamente y altos niveles de vulnerabilidad al estrés; así como un predominio de moderada depresión y niveles de ansiedad rasgo y estado que oscilan entre medio y alto que distinguen a los pacientes con hipertensión arterial

esencial del grupo de sujetos normotensos. Sobresale la necesidad de recomendar una atención integral de estos pacientes.

Como puede observarse, la medicina, a pesar de toda su ciencia, no tiene una respuesta precisa hasta el momento y las investigaciones continúan, por lo que es importante que se aborde el tema de igual manera con un enfoque psicosocial, es decir desde la psicología social, buscar un conocimiento que nos aproxime a entender a los cuidadores como a los enfermos, así como las formas que estos tienen para afrontar estos eventos estresante. Por consiguiente, el siguiente apartado ahonda en el tema del afrontamiento.

## **2.2. Afrontamiento**

En las siguientes líneas, se hará mención de cómo se ha tratado el tema del afrontamiento; como la capacidad con que cuentan las personas para enfrentar con éxito situaciones agradables o desagradables, tomando en cuenta que éstas son determinadas por las características individuales y ambientales, las cuales juegan un papel importante en los procesos de evaluación repercutiendo directamente tanto en la respuesta emocional como en la conductual.

El concepto de afrontamiento se ha tratado en dos corrientes distintas; una se deriva de la experimentación animal y la otra del de la psicología psicoanalítica del yo. La primera corriente se centra en el concepto de activación (drive o arousal), la cual define el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas (nocivas o peligrosas) y que disminuye el grado de drive o de activación; aquí se señalan las conductas de evitación y huida. Este modelo no permite conocer a fondo sobre el afrontamiento humano ya que no se incluye el afrontamiento cognitivo y los mecanismos de defensa (Ridruejo, 1997; citado en Martínez Díaz y Solís, 2001).

En la corriente psicoanalítica de la psicología del ego, el afrontamiento se define como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas, y como consecuencia hay una reducción del estrés. Como se puede observar, este modelo relaciona el afrontamiento sobre todo con la cognición, ya que hace referencia a varios procesos utilizados por el individuo para dominar las situaciones conflictivas. También, se concibe en él una jerarquía de estrategias que van desde mecanismos inmaduros o primitivos, que producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados. Además, desde el modelo psicoanalítico se ha tendido a medir el afrontamiento considerando los rasgos y no los procesos, entendiendo por rasgo de afrontamiento las características del individuo que le predisponen a reaccionar de una forma determinada. El concepto de estilo se difiere de éste en que, el estilo hace referencia a formas más amplias de designar individuos o situaciones. De cualquier manera los planteamientos de rasgo y estilos no son buenos predictores de los procesos reales, subestiman la complejidad de la variabilidad de las formas con que el individuo afronta realmente la situación (Lazarus y Folkman, 1991).

Lazarus y Folkman (1991) indican algunas de las consideraciones que se deben de tener en cuenta para una definición de afrontamiento. Una de éstas es, que la actividad de afrontamiento debe diferenciarse de la conducta automatizada; ya que la primera implica esfuerzo mientras la segunda no; debido a que cuando actúan los procesos de aprendizaje las conductas se convierten en automáticas, aunque en un principio fueron producto de un esfuerzo. Otra es que se debe considerar el afrontamiento como aquellos esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno, independientemente de cual sea el resultado; y no se debe pensar ninguna estrategia como mejor o peor que otra, sino que las consideraciones de adaptatividad de una estrategia deben hacerse de acuerdo con el contexto en el que se da. Y por último, que el afrontamiento no debe confundirse con el dominio sobre el entorno; puesto que muchas fuentes de estrés no pueden dominarse, entonces el afrontamiento eficaz incluiría todo

aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar, y hasta ignorar aquello que no puede dominar.

En el siguiente punto se presentan algunas de las definiciones que se le han dado al término afrontamiento.

### **2.2.1. Definiciones de afrontamiento**

Murphy (1974; citado en Pastrana, 1998), define el afrontamiento como un proceso que permite que la persona sea capaz de tratar con un reto o aprovechar una oportunidad donde la adaptación sería el resultado. Y que cada persona utiliza su propio método para enfrentar una situación particular en un momento específico.

Lazarus y Launier (1978; citados en Aduna, 1998) entienden por afrontamiento, los esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas que son creadas por la transacción estresante.

De acuerdo con Pearlin y Schooler (1978; citados en Aduna, 1998), el afrontamiento son conductas, cogniciones y percepciones en las que se ocupa la gente cuando contienda con los problemas de la vida.

Billings y Moos (1981; citados en Aduna, 1998 y Martínez Díaz y Solís, 2001) dicen que el afrontamiento se define como los intentos que realiza la persona para emplear sus recursos tanto personales como sociales con el fin de manejar el estrés y de realizar acciones concretas que le permitan modificar las situaciones problemáticas.

Para Kagan (1983; citado en Pastrana, 1998), el afrontamiento se entiende como las relaciones que resuelven, reducen o renuevan el estado afectado clasificado como sobre estresante.

Olson y McCubbin (1989; citados en Figueroa y col., 2005) destacan dos aspectos básicos. Por un lado, el afrontamiento como un proceso y por el otro, la eficacia del mismo. De acuerdo con estos autores el afrontamiento sería un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar la situación problemática presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso. En este caso se estaría ante una situación de aprendizaje por ensayo y error.

Para Seligson y Reynoso (1996; citados en Huerta y Corona, 2003) el concepto de afrontamiento enfatiza el confrontar o clarificar el problema, para posteriormente generar conductas alternativas.

Frydenberg y Lewis (1997; citados en Figueroa, Contin, Lacunza, Levín, y Estévez, 2005) definen al afrontamiento como las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas. Afirman que es posible hacer una distinción entre afrontamiento general y específico, es decir el modo con la persona encara cualquier situación (general) y una problemática particular (específico). En sus investigaciones identificaron 18 estrategias: buscar apoyo social, concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social, ignorar el problema, autoinculparse, reservarlo para sí, buscar apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, buscar ayuda profesional, buscar diversiones relajantes y distracción física.

Casullo y Fernández Liporace (2001; citados en Figueroa y cols., 2005) consideran la capacidad de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos, acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan

López y Pineda (2001; citados en Huerta y Corona, 2003) señalan que dentro de los factores personales que han mostrado estar relacionados con la aparición y mantenimiento del estrés se encuentran los estilos de afrontamiento, los patrones característicos del pensamiento, las creencias de control, autoeficacia, la fortaleza personal, los valores y las experiencias previas. Una vez que el individuo determina que el evento particular constituye una fuente de tensión se inicia un proceso activo entre el individuo y el ambiente, que tiene como finalidad abordar dicho evento y reducir la tensión, el cual se denomina afrontamiento.

Estos investigadores han sugerido que se requieren diferentes estrategias de afrontamiento para las diferentes situaciones de la vida, debido a que un estilo de afrontamiento que funciona bien para una situación puede no ser efectivo en otra. Sobresale en estas definiciones que, el afrontamiento no es estático, sino que cambia en calidad e intensidad en función de la nueva información y de la respuesta a los resultados previos cuyas implicaciones son evaluadas. Algunas valoraciones son aceptadas y otras rechazadas a partir del flujo de información y de la presencia de disposiciones psicológicas que influyen en las transacciones del individuo con el ambiente.

A continuación se describen algunas de las perspectivas de afrontamiento que se han manejado.

### **2.2.2. Perspectivas sobre afrontamiento**

Como se ya se mencionó, para Billings y Moos (1981; citados en Aduna, 1998 y Martínez Díaz y Solís, 2001), el afrontamiento se define como los intentos que realiza la persona para emplear sus recursos tanto personales como sociales con el fin de manejar el estrés y de realizar acciones concretas que le permitan modificar las situaciones problemáticas.

Moos (1986; citado en Callejas, 2002) define una conducta de afrontamiento como una respuesta específica cognitiva o conductual de un sujeto o de un grupo de individuos para reducir o manejar las demandas internas o externas que se le presentan. De manera que, las conductas de afrontamiento son empleadas para manejar los problemas o las situaciones que causan estrés y ansiedad a la persona. Indican que las estrategias de afrontamiento no son inherentemente adaptativas o desadaptativas; ya que éstas pueden ser beneficiosas si se les da un uso moderado o temporal y también pueden ser dañinas si dependen exclusivamente en un solo tipo de conducta. Desde esta perspectiva se considera a la estrategia de afrontamiento como una capacidad que puede aumentar o disminuir el bienestar frente a las demandas de la vida y los estresores.

Esta perspectiva se centra en los rasgos o estilos de afrontamiento. Hace referencia a las propiedades de que dispone el individuo y que aplica en determinadas situaciones; se insiste en las estructuras desarrolladas por el propio sujeto, que una vez creadas, actúan presumiblemente como predisposiciones estables para afrontar de una forma u otra los acontecimientos estresantes de la vida.

Billings y Moos (1977; citados en Aduna, 1998), proponen tres estilos básicos de afrontamiento:

1) Cognoscitivo: se refiere a los intentos para resolver los eventos estresantes de una manera cognitiva, en otras palabras intrapsíquicamente, se hace una redefinición de las demandas de la situación para lograr hacerlas más manejables. Se centra en el análisis o valoración y revaloración de dichas demandas o amenazas percibidas, para tratar de entenderlas o comprenderlas y así darles un significado para lograr manejar la tensión provocada por la situación. Este tipo de afrontamiento está dirigido a la situación concreta y/o a los aspectos efectivos de un problema, por ejemplo: ver el lado positivo de la situación, el análisis lógico, buscar experiencias pasadas similares a la situación actual para así emplear

estrategias anteriormente utilizadas en las situaciones estresantes que el individuo ya experimento, etc.

2) Conductual: se refiere directamente a las acciones para eliminar o reducir las demandas y/o incrementar los recursos para manejarlas. Son las conductas manifiestas que intentan manejar directamente el problema y sus efectos, por ejemplo: tratar de conocer más sobre la situación, tomar acciones para resolverla, hablar con un profesionista en el problema.

3) Evitativo: se refiere a los intentos por evitar enfrentarse al problema, negar o minimizar la seriedad de una crisis o para reducir indirectamente las tensiones emocionales por medio de conductas, por ejemplo: intentar olvidar la situación, negarse a creer la realidad del problema, etc. Por lo regular, este tipo de afrontamiento no lleva a un valor constructivo puesto que son equivalentes al auto engaño y sólo alivian temporalmente a un individuo de la carga del estrés. Estas estrategias también son descritas como mecanismos de defensa porque son respuestas de autoprotección ante el estrés o la ansiedad.

Estos autores clasifican en dos tipos a las estrategias de afrontamiento: las que están enfocadas al problema, el cual busca confrontar la realidad de una crisis y sus consecuencias para poder manejarlas e intentar construir una situación más satisfactoria; y las que están centradas en las emociones, éstas están dirigidas a manejar los sentimientos o emociones provocadas por una crisis o un estresor específico y para mantener el equilibrio afectivo (Callejas, 2002).

También, hacen mención de los recursos del afrontamiento como un complejo grupo de factores cognitivos, actitudinales y de personalidad que proporcionan el contexto psicológico que permite que se den respuestas de afrontamiento. Se hace referencia a los recursos como características disposicionales relativamente estables que afectan los procesos de afrontamiento y que a su vez son afectados por los resultados de anteriores respuestas de afrontamiento. Los recursos

pueden afectar tanto la valoración de las situaciones estresantes, como la selección de respuestas de afrontamiento para mejorar la situación. Estos autores también mencionan que los recursos de afrontamiento y los procesos cognitivos personales pueden intervenir en la anticipación de los eventos estresantes, lo cual puede lograr que se eviten o superen de una manera más temprana y eficaz.

Esta perspectiva está enfocada básicamente al rasgo o estilo del afrontamiento del individuo el cual en este modelo determina la mayoría de las conductas efectuadas en la situación estresante, puesto que el énfasis está en la personalidad del individuo; y postula que el individuo siempre actuará de igual manera aunque la situación estresante cambie, por lo tanto se refiere a que el individuo actuará de manera automatizada.

El modelo bidimensional de estrategias intrapsíquicas de Krohne (1989; citado en Omar, 1995) distingue dos tipos principales de estrategias de afrontamiento, vigilancia y evitación o prevención cognitiva. En donde vigilancia se refiere al propósito del individuo a ganar control y protegerse de la amenaza; y evitación o prevención cognitiva es vista como una retirada de la información amenazante. Se trata de un modelo determinado disposicionalmente que se centra en aquellas estrategias orientadas a cambiar la representación subjetiva de los elementos objetivos inherentes a una situación amenazante. De acuerdo con la forma habitual de emplear una u otra de las estrategias las personas pueden ser distinguidas en sensitivas (alta vigilancia, baja prevención cognitiva); represivas (alta prevención cognitiva, baja vigilancia); ansiosas (afrontamiento inestable) y no defensivas (uso inflexible de estrategias).

Bryant explica, en su modelo multifactorial del control percibido de, las distintas formas en que las personas evalúan su control sobre los eventos y los sentimientos referidos a experiencias positivas y negativas. Se parte del supuesto de que la persona hace cuatro tipos distintos de evaluaciones acerca de sus habilidades para controlar, y son: evitar los resultados negativos, soportar los

resultados negativos, conseguir o lograr resultados positivos y gozar o disfrutar de los resultados positivos. Entre estos tipos de creencias de control la evitación y la obtención están fuertemente relacionados; soportar y disfrutar involucran diferentes conjuntos de estilos comportamentales y cognitivos; evitar y soportar están más relacionadas con la apreciación subjetiva del estrés; y disfrutar y obtener están fuertemente correlacionadas con medidas subjetivas de bienestar (Omar, 1995).

En el modelo transaccional de las relaciones diádicas del apoyo de Schwarzer y Leppin (1991; citado en Omar, 1995), se presentan una taxonomía de las relaciones sociales y un modelo causal del proceso de estrés-afrontamiento. Para estos autores, el apoyo social se describe como la información que orienta al sujeto a percibir que es estimado, cuidado y valorado por los miembros de su entorno social; en cuanto a la habilidad para resolver los problemas sociales se refiere básicamente a la capacidad de generar soluciones ante los problemas de interacción social, evaluando las posibles consecuencias y eligiendo la solución más efectiva. La integración social, el apoyo cognitivo social y el apoyo comportamental social son diferenciados y correlacionados con personalidad, estrés, afrontamiento y procesos patogénicos; en el entendido que el apoyo social mediatiza los efectos del estrés sobre la enfermedad, así como también afecta directamente al bienestar.

En este modelo, los procesos de relaciones sociales se presentan jerárquicamente con el propósito de separar tres aspectos previos de la relación social, y son: estrés personalidad y salud. Las diferencias individuales en personalidad contribuyen a explicar la discrepancia observada entre el apoyo cognitivo y comportamental; la habilidad social explica la propensión a comunicarse competentemente con los miembros de la red social.

A continuación se describe con mayor detenimiento la perspectiva de Lazarus y Folkman, puesto que el modelo explicativo que presentan es en el que servirá de apoyo en la realización de este trabajo.

### **2.2.3. Afrontamiento desde la perspectiva de Lazarus y Folkman**

En 1978, Lazarus y Launier, presentaron una primera definición para afrontamiento, refiriéndose a éste como el conjunto de esfuerzos, conductas o pensamientos, tendientes a manejar, tolerar, reducir o minimizar las demandas y conflictos sean internos o externos (Omar, 1995). Más tarde, Lazarus y Folkman desarrollaron un modelo explicativo, el cual provee las bases teóricas para verificar relaciones entre estresores, estrés y efectos adaptativos.

#### **2.2.3.1. Definición de afrontamiento**

Lazarus y Folkman (1991) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Este planteamiento está orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de cómo rasgo, ya que expresa que los esfuerzos cognitivos y conductuales son constantemente cambiantes dirigidos a demandas específicas y conflictos. Los rasgos se refieren a las propiedades que dispone el individuo para aplicar en determinadas clases de situaciones. Por lo que, esta definición de afrontamiento implica una diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, ya que limita el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo; por tanto, el afrontamiento se limita a aquellas condiciones de estrés psicológico que requieren la movilización, quedando excluidas las conductas y pensamientos automatizados que no requieren esfuerzo. Por otro lado, con esta definición queda

resuelto el problema de confundir el afrontamiento con el resultado obtenido, ya que el afrontamiento se refiere a los esfuerzos para manejar las demandas, lo cual permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga. Por último, se evita equiparar el afrontamiento al dominio, con la palabra manejar. Entendiendo manejar como minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno.

### **2.2.3. 2. El afrontamiento como proceso**

Lazarus y Folkman (1991), al planear el afrontamiento como proceso consideraron tres aspectos. El primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contra posición con lo que éste generalmente hace, o haría en determinadas condiciones (esto se refiere a rasgo). El segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico. Los pensamientos de afrontamiento se encuentran siempre dirigidos hacia condiciones particulares. Por lo que, es necesario conocer lo que el individuo afronta para entender el afrontamiento y evaluarlo; y cuanto más exacta sea la definición del contexto más fácil será asociar un determinado pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno. Y el tercero, al referirse al afrontamiento como un proceso significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción se va desarrollando. Por lo anterior, el afrontamiento es un proceso cambiante en el individuo, que en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo esto a medida que va cambiando su relación con el entorno. Sería difícil describir adecuadamente el gran número de posibles situaciones estresantes y la dinámica en su afrontamiento desde una medición estática de un rasgo general.

El afrontamiento como proceso se caracteriza por una dinámica que no es dada por el azar, sino que los cambios acompañantes son consecuencias de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la constatación de la relación individuo entorno; donde las variaciones pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno o su traducción interior, modificando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión. También se pueden dar cambios en el entorno, independientes del individuo y de su actividad para afrontarlo. En este marco, cualquier cambio en la relación entre el individuo y el entorno dará lugar a una reevaluación de qué está ocurriendo, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto.

El significado de afrontamiento puede verse en la duración del duelo y los cambios a largo plazo que tienen lugar desde el momento de la pérdida. El proceso de afrontamiento puede durar muchos años y caracterizarse por múltiples formas de afrontamiento y por la aparición de problemas emocionales, o bien durar sólo algunos meses.

### **2.2.3.3. Etapas del afrontamiento**

En el afrontamiento se consideran tres etapas: anticipatorio, de impacto y postimpacto. El planteamiento cognitivo-fenomenológico, de Lazarus y Folkman (1991), del problema es que la amenaza al bienestar se ve evaluada de formas distintas en las distintas etapas y da lugar a distintas formas de afrontamiento. Por lo que consideran que las etapas de anticipatorio, de impacto y postimpacto tienen sus propias características.

En la etapa de anticipación, el acontecimiento todavía no ha sucedido y los principales aspectos a evaluar incluyen la posibilidad de que el acontecimiento ocurra o no, en el momento que ocurrirá y la naturaleza de lo que ocurra. El proceso cognitivo de evaluación también valora si el individuo puede manejar la amenaza, hasta qué punto lo puede hacer y de qué forma. Mientras los individuos

esperan una amenaza anticipada, sus pensamientos sobre esas cuestiones afectan sus reacciones ante el estrés y su afrontamiento.

Durante la etapa de impacto, muchos de los pensamientos y acciones importantes para el control pierden valor cuando el acontecimiento nocivo ya ha empezado o terminado. Y ya que éste se ha manifestado en su totalidad el individuo comienza a comprobar si es igual o peor de lo que anticipaba, y en qué aspectos. En algunas situaciones estresantes la energía mental del sujeto queda tan concentrada en la acción-reacción que tarda un tiempo el cual puede ser considerable en darse cuenta de lo que está ocurriendo y valorar su importancia. Al encontrar diferencias no esperadas en cuanto al control que se puede ejercer sobre el acontecimiento puede dar lugar a una nueva reevaluación de su importancia.

En la etapa de postimpacto, puede ocurrir que los procesos cognitivos que comenzaron en el periodo de impacto aún persistan en este periodo en el que además aparecen nuevas consideraciones. Aun cuando, el acontecimiento estresante haya terminado, el mismo causa todo un conjunto nuevo de procesos anticipatorios. E incluso el periodo de impacto tiene una serie de procesos de evaluación y de afrontamiento dirigidos no sólo al pasado y al presente, sino también al futuro. Puesto que los daños ocurridos contienen también elementos de amenaza en un sentido anticipatorio, pues en su interacción con el entorno descubre lo que está sucediendo y lo que puede hacer al respecto, con lo que se ve modificado su afrontamiento. Además los perjuicios y daños ocurridos contienen elementos de amenaza en el sentido anticipatorio del término que nunca es posible separar del todo.

Una de las características de esta conceptualización de afrontamiento es que va más allá de la resolución de un problema, ya que su desarrollo sirve también a otras funciones. Las funciones del afrontamiento están relacionadas con el objetivo que persigue cada estrategia. En otras palabras, el afrontamiento tiene

múltiples funciones dependiendo del objetivo que se persigue, las cuales se describen en el siguiente apartado.

#### **2.2.3.4. Funciones del afrontamiento**

Es importante señalar que, la función del afrontamiento está vinculada con el objetivo que persigue cada estrategia; mientras que, el resultado del afrontamiento tiene que ver con el efecto que cada estrategia tiene. Por lo tanto las funciones no se definen en términos de resultados.

La definición de funciones de afrontamiento depende del marco teórico, cuando lo hay, sobre el que se conceptualiza el afrontamiento y/o en cuyo contexto se analiza. Existen funciones específicas del afrontamiento que pertenecen a contextos específicos, como salud/enfermedad, exámenes, crisis políticas, saltos en paracaídas, bienestar y los cambios de la vida institucional. Las funciones de afrontamiento de situaciones de perspectivas teóricas son más generales, y menos generales cuando son definidas en contextos específicos (Lazarus y Folkman, 1991).

Para Sheier (1986; citado en Sotelo y Maupome, 2000), las estrategias de afrontamiento son las conductas que ocurren después de que se presenta un evento estresante. Según éste, una estrategia usada por el afrontamiento individual pertenece a un recurso de uso prolongado o constante, como sería el hacer ejercicio físico de manera continua usando esta estrategia de afrontamiento para facilitar o evitar el estrés.

Menninger (1963; citado en Sotelo y Maupome, 2000) identifica cinco órdenes o aparatos regulatorios de acuerdo al nivel de desorganización interna. En el primer nivel, existen estrategias para reducir la tensión causada por los episodios cotidianos estresantes, como pueden ser el autocontrol, buen humor, llanto, lamentarse, blasfemar, juramentos, retractarse, hablar y pensar. En segundo nivel,

están las estrategias de disociación (narcolepsia, amnesia, despersonalización), de displacer por agresión (aversión, prejuicios, fobias), sustitución por símbolos y modalidades para una descarga más hostil (compulsiones y rituales), y la sustitución de uno mismo o parte de uno como un objeto de la agresión desplazada (autorestricción, humillación e intoxicación). El tercer nivel incluye, episodios explosivos, energía agresiva, más o menos desorganizada (agresión violenta, convulsiones y crisis de pánico). El nivel cuatro representa un incremento de desorganización y el quinto una desintegración total del ego.

En 1977, Vaillant agrupó las estrategias de afrontamiento en cuatro niveles. El primero parte de los mecanismos psicológicos: negación, distorsión, proyección. El segundo, de los mecanismos inmaduros como la fantasía, proyección, conducta pasiva-agresiva. El tercero contiene, los mecanismos neuróticos que se refieren a la intelectualización, represión, formación reactiva. Y el cuarto incluye los mecanismos maduros como la sublimación, altruismo, supresión, anticipación y buen humor (Sotelo y Maupome, 2000).

Törestad (citado en Sotelo y Maupome, 2000), distingue las estrategias de afrontamiento como constructivas, pasivas y de escape. En las estrategias de afrontamiento constructivas, se realizan esfuerzos cognitivos y conductuales para tratar eventos estresantes de manera directa y confrontativa. El afrontamiento pasivo, incluye situaciones emocionales en los que no se hace nada para mover o cambiar la situación. En el escape, existen conductas y actos cognoscitivos que requieren manejar el evento física o psicológicamente, como la evitación, o dormir.

En las anteriores definiciones, tanto la función como los modos de afrontamiento son vistos como conductas o procesos del aparato psíquico, que como se mencionó antes las perspectivas derivada de la experimentación animal no permite conocer a fondo sobre el afrontamiento ya que no se incluye el afrontamiento cognitivo y los mecanismos de defensa. Por otro lado, en la corriente psicoanalítica de la psicología del ego se ha tendido a medir el

afrontamiento considerando los rasgos y no los procesos, entendiendo por rasgo de afrontamiento las características del individuo que le predisponen a reaccionar de una forma determinada. Y como señalan Lazarus y Folkman (1991), los planteamientos de rasgo y estilos no son buenos predictores de los procesos reales que subestiman la complejidad de la variabilidad de las formas con que el individuo afronta realmente la situación.

Algunos estudios realizados apuntan a la identificación de varias estrategias de afrontamiento como: reducción de la tensión, autoreproche, búsqueda de apoyo social, distanciamiento del problema, focalización sobre lo positivo, autoaislamiento, manifestación de las emociones, solución activa del problema, respuestas de evitación, respuestas depresivas o cogniciones confortables. Otros estudios se han concentrado en describir un pequeño número de formas de afrontamiento general. De estas sobresalen dos estrategias, las que se centran en el problema y las dirigidas a las emociones.

A continuación se muestra en síntesis las clasificaciones más conocidas.

<b>Estrategias</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>
Enfocadas al problema vs Enfocadas en la emoción	Lazarus y Folkman	1980
Aproximación vs Evitación	Bachrach y Zautra	1985
Evitación vs No-evitación	Roth y Cohen	1986
Comportamental vs Cognitiva	Suls y Fletcher	1985
Solución de problemas Autocrítica Pensamientos ansiosos Evitación de problemas	Krohne	1989
	Steptoe	1989
	Tobin, Holroyd, Wigal y Reynolds	1989

Búsqueda de soporte social Reestructuración cognitiva Expresión emocional		
Búsqueda de apoyo social Habilidad para solucionar problemas	Dubow, Tisak, Causey, Hryshko y Reid	1991
Búsqueda de apoyo social Solución de problemas Rechazo o negación	Kendler, Kessler, Heath, Neale y Eaves	1991

Como se puede observar en el cuadro, las clasificaciones más recientes se incluyen y en otros casos también comparten aspectos de las pioneras. La propuesta por Kendler, Kessler, Heath, Neale y Eaves coincide con algunas estrategias señaladas por Lazarus y Folkman, Parkes, etc., ya que: solución de problemas es una estrategia de no evitación, cognitiva, enfocada en el problema, emocional; negación o rechazo puede estar enfocada a las emociones o enfocada en el problema; y búsqueda de apoyo social es una estrategia exclusivamente enfocada en la emoción.

Omar (1995) señala que, en lo que no hay discusión es en que las estrategias de afrontamiento son estilos disposicionales orientados a cambiar la representación subjetiva de los elementos objetivos inherentes a una situación amenazante; que constituye clases comportamentales que pueden ser combinadas dentro de estrategias de orden superior y que las personas pueden ser distinguidas en función del empleo habitual de una u otra clase de estrategia en situaciones de amenaza.

En cuanto a las estrategias comportamentales cognitivas de afrontamiento, los investigadores generalmente emplean la escala autodescriptiva desarrollada por Lazarus y Folkman conocida como “Listado de verificación o comprobación de estilos de afrontamiento” (WCCL); o el “Inventario de estrategias de afrontamiento” de Tobin y colaboradores, en las cuales se les pide a los individuos que indiquen el tipo y la frecuencia de situaciones estresantes que habitualmente viven.

Ben-Porath y sus colaboradores (1991; citado en Omar, 1995), señalan que estos ratings comportamentales a menudo contienen ítems que no son aplicables a todos los sujetos en todas las situaciones, como el caso de ítems que exploran el temor que se experimenta cada vez que se viaja en avión, los que resultan inaplicables para las personas que por alguna razón nunca viajan por ese medio. Por tal motivo, y de acuerdo con las características de los sujetos en el estudio, no siempre se aconseja aplicar la totalidad de los ítems del inventario elegido sino seleccionar una muestra de acuerdo a la misma.

Ahora bien, dentro de las funciones de afrontamiento, propuestas por Lazarus y Folkman (1991), se distinguen dos principales: el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción. Por lo general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio. El afrontamiento mixto se da cuando el afrontamiento dirigido al problema se acompaña del afrontamiento dirigido a la emoción en eventos estresantes. A continuación se hace una descripción de cada modo de afrontamiento.

### **Modos del afrontamiento dirigidos a la emoción**

La investigación sobre afrontamiento ha señalado que una de las funciones de afrontamiento es la regulación de la emoción provocado por un estresor (Moos, 1977; McCare, 1984; citado en Aduna, 1998).

Lazarus y Folkman (1991) señalan que, en estas formas de afrontamiento, existe un considerable grupo constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación,

la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Un grupo más pequeño de estrategias cognitivas incluye las que están dirigidas a aumentar al grado de trastorno emocional; se ha encontrado que hay personas que necesitan sentirse verdaderamente mal antes de sentirse mejor y para sentir consuelo necesitan experimentar primero un trastorno intenso para luego entrar a un autoreproche o cualquier otra forma de autocastigo.

Algunas de las formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción son las estrategias de reevaluaciones cognitivas, que son las maniobras que intentan cambiar el significado de las situación, sin modificarla objetivamente, tanto si el cambio introducido se basa en una interpretación realista de las señales emitidas o en una distorsión de la realidad.

Otras estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción no cambian directamente el significado del acontecimiento como hacen las reevaluaciones cognitivas, como son las estrategias conductuales, como iniciar un ejercicio físico para olvidarse de un problema, meditar, tomar una copa, desahogar el mal humor y buscar apoyo emocional, pueden originar reevaluaciones pero no son reevaluaciones por sí mismas. El afrontamiento no es sinónimo de reevaluación (Lazarus y Folkman, 1991).

A pesar de que los procesos dirigidos a la emoción pueden modificar el significado de una situación estresante sin distorsionar la realidad, se debe tener en cuenta la cuestión de la autodecepción, el cual es un fenómeno posible en este tipo de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción son utilizadas para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importara, etc. Por tanto estos procesos conducen por si mismos a una

interpretación de autodecepción o distorsión de la realidad (Lazarus y Folkman, 1991).

El afrontamiento enfocado a la emoción puede ser usado para alterar el significado de la situación y realzar el sentido del control del individuo sobre estrés. Se consideran como respuestas cognitivas cuyas función primordial es analizar las consecuencias emocionales de los estresores y ayudar a mantener el equilibrio emocional; entre estas está la regulación afectiva y la descarga emocional (Averill, 1973; Silver y Wortman, 1980a; citado en Aduna, 1998).

### **Modo del afrontamiento dirigido al problema.**

Algunos autores, han enfatizado que la función del afrontamiento en la solución de problemas es la facilitación de la toma de decisiones y/o la acción directa para remover los estresores (Averill, 1973; Silver y Wortman, 1980a; citado en Aduna, 1998). Para otros, el afrontamiento enfocado al problema se usa para controlar la relación problematizada persona-ambiente a través de la resolución de problemas, toma de decisiones y/o acción directa; son tomados como intentos por modificar o eliminar las fuentes del estrés a través de la propia conducta (Antonovsky, 1979; Lazarus, 1980; Pearlin y Schooler, 1978; citado en Aduna, 1998).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1991), el afrontamiento dirigido al problema tiene estrategias muy similares a las utilizadas para la resolución de éste; debido a que están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo, y a su beneficio y a su elección y aplicación. Pero, la resolución de problemas implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que, el afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio puesto que incluye estrategias que hacen referencia al interior del sujeto, las cuales están dirigidas a ayudar al individuo a manejar o resolver los problemas (Kahn y cols. 1964; citado en Lazarus y Folkman, 1991).

Ahora bien, cuanto más específica la situación que se investigue, mayor es la proliferación de estrategias centradas al problema. De manera que, las estrategias utilizadas por una secretaria estarán relacionadas con las tareas que lleva a cabo, con los obstáculos que suelen interponerse en su realización, con los recursos de que disponga en la oficina para vencer los obstáculos. Estas serán distintas a las que reporte un vendedor, obrero, doctor, paciente, cuidador, etc.; ya que cada uno difiere en obligaciones, cada uno tienen diferentes obstáculos y cuenta con distintos recursos, lo que implica estrategias específicas de afrontamiento distintas. El hecho de que la definición de estrategias de afrontamiento dirigidas al problema dependa de los tipos de problema a afrontar, implica que las comparaciones transituacionales de tales tipos de estrategias también incluyan las estrategias dirigidas a la emoción (Lazarus y Folkman, 1991), como ocurre en el afrontamiento mixto.

### **Modo del afrontamiento mixto**

En el afrontamiento mixto, el afrontamiento dirigido al problema se acompaña del afrontamiento dirigido a la emoción en muchos eventos estresantes, debido a que es importante tener al menos algún control sobre las propias emociones cuando se trata de manejar o alterar una situación estresante.

Tanto el afrontamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción pueden interponerse entre en el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro.

Este modo de afrontamiento es la combinación de actos o intentos de hacer algo activo en combinación con los recursos sociales, que conducen a la búsqueda de un apoyo social para cambiar a mediano o largo plazo la relación persona-medio ambiente (Guerra, Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1998). Lazarus y Folkman (1991) dan un ejemplo donde intervienen ambas formas de afrontamiento. Una

persona a la que se ha diagnosticado recientemente una enfermedad insiste en obtener más información la cual contribuiría a aumentar la ansiedad y la incertidumbre. Esta persona se encuentra atrapada en un ciclo de afrontamiento dirigido al problema (búsqueda de la información y la evaluación) que exacerba su trastorno emocional e interfiere con los mecanismos como el de la evitación que, en otras circunstancias podría utilizarse para reducir los trastornos.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción en el ejemplo anterior, incluyen las designadas para hacer más soportable la vida evitando las realidades que podrían resultar desbordantes si se afrontaran directamente. En un estudio llevado a cabo por Folkman y Lazarus (1980, citados en: Lazarus y Folkman, 1991) durante un año con 100 adultos de mediana edad, que viven en una comunidad, fueron recogidos datos referentes a sus conductas para afrontar los acontecimientos estresantes de su vida habitual. Cada sujeto refirió aproximadamente 14 episodios estresantes que iban desde acontecimientos pequeños como reparaciones en casa, el envejecimiento hasta llegar a la muerte. Los sujetos refirieron las conductas y pensamientos que generalmente utilizaban por las demandas de tales acontecimientos para enfrentarlos en una lista de 68 ítems sobre modos de afrontamiento. Los ítems se establecieron a partir de las Conductas de afrontamiento defensivo, búsqueda de información, resolución de problemas, inhibición de la acción, actuación directa sobre el problema o pensamiento irreal. A su vez cada ítem se clasificó como enfocado a la emoción y enfocado al problema. Los resultados mostraron que todos los sujetos utilizaron ambos tipos de estrategias en prácticamente todas las situaciones estresantes. Este hallazgo demuestra que las personas utilizan ambos tipos de estrategias para afrontar las demandas internas y/o externas originadas por las situaciones estresantes de la vida real.

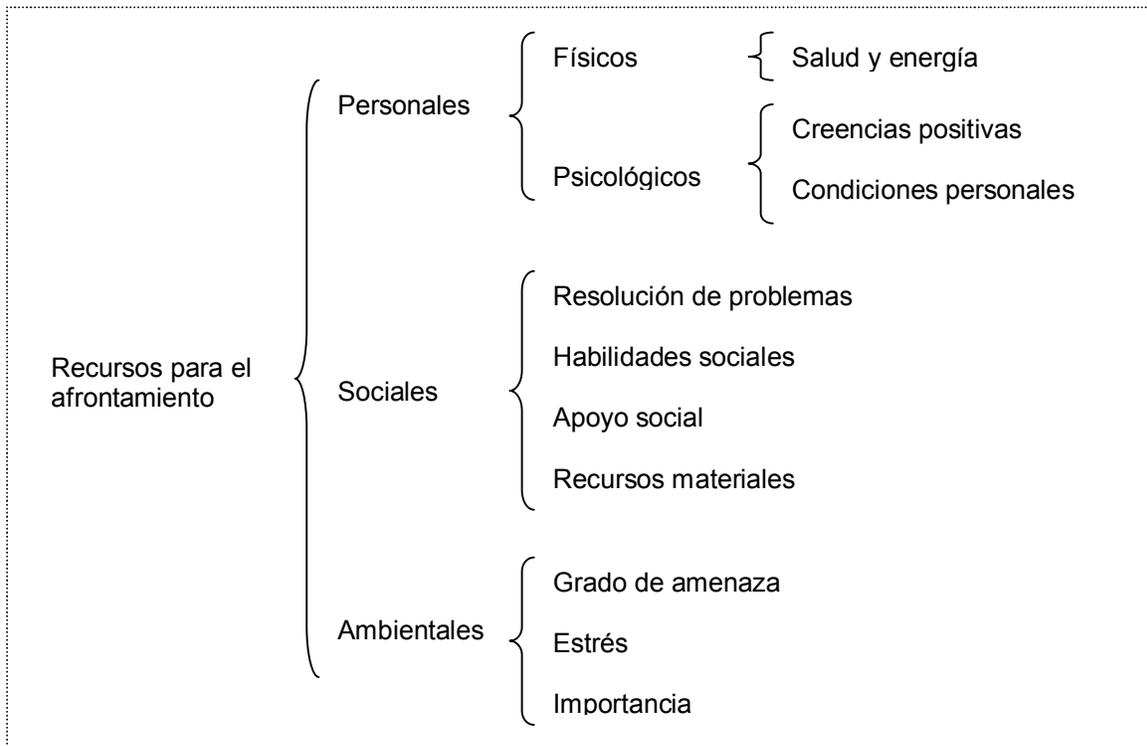
De lo antes expuesto, resulta importante la demostrada utilidad de identificar funciones que encierren estrategias centradas en el problema y en la regulación de la respuesta emocional. Aunque también es importante tener en cuenta los dos

principales tipos de estrategia, para así estar seguros de que ambas son evaluadas (Lazarus y Folkman, 1991).

Por otro lado, tanto las estrategias dirigidas al problema como las dirigidas a la emoción coexisten, siendo utilizadas con el fin de afrontar demandas internas como externas originadas por situaciones estresantes, y la forma en que se afronte la situación dependerá de los recursos de que disponga la persona y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos dentro de la interacción.

#### **2.2.3.5. Recursos para el afrontamiento**

Terry (1991; citado en Sotelo y Maupome, 2000) afirma que, la forma en que una persona afronta una situación estresante depende principalmente de los recursos de que dispone y de las limitaciones que dificulten el uso de dichos recursos en el contexto de una interacción determinada. Indica que, el que una persona tenga muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos sino que tiene habilidad para aplicarlos ante las diferentes demandas de su entorno. Señala que los recursos se obtienen de uno mismo, ya sea como tales o como un medio para hallar otros recursos necesarios pero disponibles. Este autor ilustra la naturaleza multidimensional de los recursos de afrontamiento en el siguiente esquema.



Lazarus y Folkman (1991) afirman que, la forma en que los individuos afronten una situación estresante dependerá principalmente de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada. Al referir que una persona tiene muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Los recursos son extraíbles de uno mismo, tanto como si son realmente útiles (como dinero, juguetes, personas a las que recurrir, conocimientos importantes etc.) como si constituyen un medio para hallar otros recursos necesarios pero no disponibles.

Es una gran empresa pretender catalogar todos los recursos que muestran las personas para afrontar las infinitas demandas de la vida, por lo que se muestran a continuación las principales categorías. Las primeras se consideran principalmente propiedades del individuo, como la salud y la energía (recursos físicos), las creencias positivas (recursos psicológicos), las técnicas sociales (aptitudes) y la

resolución de problemas. Las demás categorías son más ambientales e incluso sociales y materiales.

Salud y energía. Es uno de los recursos más relevantes del afrontamiento de gran parte de las situaciones estresante. La importancia del bienestar físico se hace evidente cuando la persona se enfrenta a una situación estresante que exige una movilización de sus recursos. Una persona débil, cansada o enferma aporta menos energía al proceso de afrontamiento que una persona sana y en estado óptimo, por lo que, resalta la importancia del papel del bienestar físico, particularmente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante.

Creencias positivas. Esta categoría incluye aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas. La esperanza existirá cuando tales creencias hagan posible un resultado positivo, o por lo menos probable. No todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas incluso pueden inhibirlo.

Técnicas para la resolución de problemas. Estas contienen habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado. Estos recursos, aunque abstractos, se expresan a través de acciones específicas, como conseguir un empleo, prepararse para un examen, etc. Estas técnicas, derivan de otros recursos, como experiencias previas, almacenamiento de información, habilidades cognitivo-intelectuales para aplicar esa información y capacidad de autocontrol.

Habilidades sociales. Son un importante recurso de afrontamiento debido al relevante papel de la actividad social en la adaptación humana. Éstas se refieren a la capacidad de relacionarse con los demás de una forma socialmente adecuada y efectiva. Facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras

personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo; en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.

Apoyo social. Es contar con apoyo emocional, informativo y/o tangible, proporcionado por amigos y familiares a las personas en una situación estresante.

Recursos materiales. Se refieren al dinero y a los bienes y servicios que puedan adquirirse con él. Existe amplia relación entre el nivel económico, el estrés y la adaptación, el contar con recursos económicos aumenta las opciones de afrontamiento en la mayoría de las situaciones estresantes, ya que facilita y hace más efectivo el acceso a las instancias legal, médica y financiera.

### **Limitaciones en la utilización de los recursos de afrontamiento**

Las situaciones estresantes novedosas y complejas dan lugar a una serie de demandas que muchas veces exceden los recursos del individuo. En ocasiones los recursos pueden ser los adecuados, siendo el individuo quien no los aprovecha al máximo porque hacerlo podría crear conflictos y perturbaciones adicionales. A los factores que restringen el afrontamiento se les llama coactores, algunos derivan de los factores personales en tanto que dependen del entorno. Lazarus y Folkman (1991) describen los siguientes coactores.

Condiciones personales. Estos hacen referencia a los valores y creencias internalizados que proscriben ciertas formas de acción y de sentimientos y al déficit psicológico que son producto del desarrollo del individuo. Los valores y las creencias culturales sirven como normas que determinan cuándo ciertas conductas y ciertos sentimientos son apropiados o no. Existen algunas situaciones donde el individuo se vea más influido por las normas culturales, dependiendo de lo que este en juego y de las consecuencias de violar dichas normas.

Por supuesto que existen otros factores coactivos personales, como la tolerancia a la ambigüedad, miedo al fracaso, miedo al éxito, problemas con la figura de

autoridad, la necesidad de dependencia, y los estilos particulares de hacer las cosas.

Condiciones ambientales. El entorno puede responder a los esfuerzos de afrontamiento del individuo de forma tal que termine anulando sus estrategias.

Grado de amenaza. Cuando se experimenta escasa sensación de estrés, se evalúa como mínima la amenaza, y máxima cuando provoca emociones negativas intensas como el miedo. El grado en que una persona se sienta amenazada depende, en parte, de su evaluación de los recursos de los que dispone frente a las demandas internas o externas de una situación determinada y, por otro lado, de los condicionantes que limitan su aplicación. Al mismo tiempo, el grado de amenaza influye en el grado en que tales recursos pueden aplicarse. Cuanto mayor es la amenaza, más primitivos, desesperados o regresivos tenderán a ser los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y más limitados a la gama de los modos de afrontamiento dirigido al problema.

Aportes previos ya sugerían que el control podía aumentar o disminuir el estrés dependiendo de la percepción que el individuo tenga sobre el control que puede ejercer en cada situación. Más recientemente Folkman ha subrayado que la creencia de que un evento es controlable no necesariamente reduce el estrés o conduce a resultados positivos.

Lazarus y Folkman (1991) señalan que conocer los recursos del individuo no es suficiente para predecir su modo de afrontamiento. Afirman que la relación entre recursos y afrontamientos se encuentra medida por las coacciones personales y ambientales y por el grado de amenaza. Además, los recursos de afrontamiento no son constantes en tiempo; tienen capacidad para expandirse y contraerse y algunos son más erráticos que otros en función de la experiencia, del momento de la vida y de los requerimientos para la adaptación correspondientes a los distintos periodos de la vida. Por lo que la presencia de un recurso dado en un momento

dado no significa que éste será igualmente útil para el mismo individuo en otro momento.

Esto no quiere decir que los recursos no sean medibles; sino que la información que se obtenga de ellos puede ayudar a explicar porque los individuos parecen ser más desafiados que amenazados, y porque se encuentran mejor que otros en el curso de numerosas situaciones estresantes. Por lo que Lazarus y Folkman (1991) proponen que en lugar de hacer una lista de recursos e identificar los condicionantes personales y ambientales, se preste mayor atención a los procesos reales de afrontamiento mediante los que el individuo maneja las demandas de la situación, ya que, al encaminarse a los procesos en vez que a los recursos se puede identificar con mayor facilidad los mecanismos que influyen en la relación estrés-resultado.

#### **2.2.3.6. Las situaciones estresantes y el afrontamiento**

El Afrontamiento es básico para nuestra salud y nuestras experiencias cotidianas. Da forma a nuestras emociones, pero su función más importante es regular esas emociones una vez generadas, así como las situaciones a veces conflictivas que las provocan. El afrontamiento es lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tanto si estos intentos tienen éxito como si no (Lazarus y Lazarus, 2000; citado en Huerta y Corona, 2003).

Para el propósito de este estudio se ha considerado la perspectiva de Lazarus y Folkman. Puesto que tras el diagnóstico de enfermedad surge una situación estresante para la persona que toma el papel de cuidador de un familiar enfermo. Este modelo incluye aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales del proceso de afrontamiento. En éste, los estresores se entienden como transacciones o intercambios entre la persona y los particulares contextos ambientales que la persona percibe como amenazantes. La persona es

conceptualizada como un formador activo de sus relaciones con el medio, en tanto que afrontamiento se concibe como los cambios conductuales de la persona en respuesta a las demandas transaccionales. El afrontamiento, también es visto como parte de un proceso vinculado a rasgos relativamente estáticos. De acuerdo a este modelo el afrontamiento no es considerado, necesariamente, como un reductor del estrés, puesto que se refiere a cualquier intento que hace la persona para manejar una situación estresante. Estos autores, también plantean dos métodos de afrontamiento, el comportamental y el cognitivo; y dos grandes categorías de estrategias de afrontamiento, las enfocadas a problemas (o de aproximación) y las dirigidas a la emoción (o de evitación).

En este modelo se entiende la evaluación cognitiva como el proceso mediante el cual una persona evalúa la importancia del encuentro con el medio ambiente y su bienestar (evaluación primaria) y considera las posibles respuestas de afrontamiento (evaluación secundaria) para orientar las demandas psicológicas y ambientales de tal encuentro. Por medio de la evaluación primaria, una persona determina si un evento es relevante o no a su bienestar y si las señales lo benefician, amenazan, cambian o perjudican. En la evaluación secundaria, la persona determina que opciones y recursos de afrontamiento tiene disponibles en ese momento para manejar la situación.

En este planteamiento, el afrontamiento es el proceso que mediatiza las relaciones entre el estrés y la adaptación somática y psicológica, y el tipo de afrontamiento usado depende de la evaluación primaria. El modelo de Lazarus y Folkman, enfatiza que el estrés no está solamente determinado por la naturaleza de un estímulo ambiental ni por las características de una persona, sino por la interacción entre la evaluación que del estímulo hace la persona y las demandas de ese estímulo sobre el individuo.

Por último, es importante señalar que en la conceptualización de Lazarus y Folkman hace una diferenciación importante entre el afrontamiento y su resultado.

En este sentido, para el afrontamiento son importantes los esfuerzos realizados por el individuo sin implicar si son buenos o malos, siempre y cuando el individuo haga o piense algo, en el caso de los resultados se observan como independientes de los esfuerzos hechos por el individuo. Por tal motivo, el afrontamiento es objeto de diversas investigaciones en distintos contextos. A continuación se presentan algunas de los estudios realizados sobre afrontamiento.

#### **2.2.4. Investigaciones sobre afrontamiento**

Figuroa, Contini, Lacunza, Levín, y Estévez (2005) estudiaron las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico, en un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). Se investigaron las estrategias de afrontamiento en adolescentes de contexto socioeconómico bajo, en relación con el nivel de Bienestar Psicológico. Desde un modelo de la salud se analizó cómo los jóvenes afrontan de un modo más eficiente y adaptativo las demandas que se les presentan. Se fundamentó la importancia atribuida al tema por considerar las estrategias de afrontamiento como posibles factores protectores de la salud. Los objetivos de esta investigación fueron los siguientes: identificar y analizar las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes; indagar el nivel de bienestar psicológico del grupo estudiado; determinar las estrategias que emplean los adolescentes con alto nivel de bienestar y si son diferentes a las utilizadas por los que presentan bajo nivel de bienestar. El estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo; la muestra utilizada fue incidental; se trabajó con 150 adolescentes escolarizados de 13 a 18 años de edad, de San Miguel de Tucumán (Argentina); se usó la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS), versión castellana editada por TEA y Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes adaptación Casullo (BIEPS-J). Los resultados reportados fueron: se hallaron diferencias significativas en el empleo de estrategias de afrontamiento en adolescentes con alto y bajo nivel de bienestar psicológico, así como también entre estrategias de afrontamiento y sexo.

Vásquez (2005), realizó una investigación sobre los estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino en la ciudad de Arequipa. Se basó en la definición de Lazarus y Folkman, Considero el diagnóstico de cáncer como una experiencia inesperada y devastadora que constituye un elemento desestabilizador tanto para el paciente y como para su familia. El interés de este estudio fue el de conocer cuáles eran los estilos de afrontamiento de un grupo de mujeres con cáncer de cuello uterino que se atendieron en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa. La muestra estuvo conformada por 70 mujeres que oscilaron entre los 25 y 85 años, diagnosticadas con cáncer de cuello uterino que se encontraban en la primera semana de tratamiento mediante radioterapia. Los resultados de mostraron que: la estrategia de afrontamiento utilizada por la totalidad de las participantes y con las más altas puntuaciones es acudir a la religión con 100% y seguida por afrontamiento activo y planificación; las estrategias menos empleadas son desentendimiento conductual y enfocar y liberar emociones. Las correlaciones más elevadas para los estilos enfocados en el problema fueron: afrontamiento activo y planificación. Los coeficientes de correlación según los puntajes de los estilos de afrontamiento y las estrategias más sobresalientes fueron: supresión de actividades competentes para los enfocados en el problema, reinterpretación positiva y crecimiento para los enfocados a la emoción y enfocar y liberar emociones para los enfocados en la percepción.

Urquidi, Montiel y Gálvez (1999), del Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Sonora, realizaron un estudio sobre el ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Cuyo propósito fue el de establecer la relación entre afrontamiento y ajuste psicosocial a la enfermedad, así como identificar la asociación entre estas pacientes. Para tal fin se utilizaron la Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad de Derogatis (1986) y la Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckman y Adams (1984). Se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico a 43 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que asistían a una institución de salud pública a recibir

tratamiento de radioterapia, cuyas edades fluctuaban entre 20 y 70 años. Los resultados encontrados revelan que: las pacientes en este estudio, no experimentaron cambios importantes en el ajuste psicosocial como producto de la enfermedad en seis de los siete dominios evaluados (cuidado de la salud, ambiente laboral o vocacional, ambiente doméstico, ambiente social, relaciones familiares extendidas y aflicción psicológica), sin embargo, en el dominio de la sexualidad se observó que las pacientes sí experimentaron cambios moderados en las actividades de la conducta sexual. Por otro lado, el afrontamiento pasivo fue la única estrategia que correlacionó con ajuste psicosocial, especialmente con cinco de los siete dominios que componen la escala.

Ramírez, Esteve y López (2001), de la Universidad de Málaga, realizaron un estudio sobre el neuroticismo, el afrontamiento y el dolor crónico. El objetivo principal de este estudio fue contrastar las hipótesis respecto a la relación entre los niveles de neuroticismo, la intensidad de dolor percibida y las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con dolor crónico. Se contó con una muestra compuesta por 100 pacientes con dolor crónico, tanto benigno como oncológico, que acuden a la Unidad del Dolor y al Servicio de Reumatología de la Residencia Hospitalaria Carlos Haya de Málaga. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: Escala Vanderbilt de afrontamiento al dolor (Brown y Nicassio, 1987); el cuestionario de McGill de dolor (Ruiz et al., 1990) y el inventario de personalidad de Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1990). El modelo hipotético formulado fue sometido a contrastación empírica mediante el programa LISREL.8.20 (Jöreskog y Sörbom, 1993), utilizando el método de los mínimos cuadrados no ponderados. Los resultados obtenidos en este trabajo proporcionaron evidencia empírica que apoya la teoría propuesta acerca de la relación existente entre la variable de personalidad neuroticismo y las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con dolor crónico. Se pudo concluir que altos niveles de neuroticismo se convierten en predictores del catastrofismo y de la búsqueda de apoyo social, como estrategias de afrontamiento poco eficaces.

En las investigaciones mencionadas puede observarse los temas en los que los investigadores han tratado de profundizar. Sin embargo, no se encuentran estudios enfocados en los cuidadores, por lo que se reitera aquí la necesidad de abordar el tema de los cuidadores desde un enfoque psicosocial. La psicología social nos permite tener los elementos para buscar un conocimiento que nos aproxime a entender a los cuidadores como a los enfermos y los modos que estos tienen para afrontar este evento estresante. Y como ya antes se ha mencionado la familia juega un papel de suma importancia en la superación de dicha situación. La ayuda con la que cuente el cuidador puede resultar de gran beneficio para el paciente, por lo que el siguiente apartado se ahonda en el tema de apoyo social.

### **2.3. Apoyo social**

Definir el apoyo social no es una tarea fácil debido al número existente de definiciones, la cantidad de relaciones y evaluaciones que implica, así como las variadas actividades que se han incluido bajo el término. Por ejemplo, demostrar cariño o interés, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, estar casado, visitar a un amigo, pertenecer a asociaciones comunitarias, sentirse amado, dar consejo o guía acerca de la actuación, expresar aceptación, empatizar, y como estos ejemplos muchos otros más. Son aspectos que pertenecen al concepto de apoyo social y que están relacionados.

El entorno social proporciona los recursos vitales con los que el individuo puede y debe conseguir sobrevivir y evolucionar. Es ya conocido que las personas obtienen sustento y apoyo a partir de sus relaciones sociales, lo que en cierto modo es algo obvio, sin embargo lo que no salta a la vista es la manera en la que lo consiguen.

En este respecto se ha logrado un gran avance sobre el conocimiento e identificación de los tipos de apoyo social, así como en los elementos más

efectivos para proporcionar apoyo y sobre diversas situaciones en las que funciona el apoyo (Guillen y Palomares, 1999).

También se ha hecho diferencia entre el apoyo social como formal e informal, ya que el primero se identifica por los servicios de asistencia social y la psicoterapia; mientras que el segundo se refiere a los familiares, amigos compañeros de trabajo, etc. (Guillén y Palomares, 1999).

Además, el apoyo social se ha relacionado con varias teorías que a continuación se exponen.

### **2.3.1. Teorías relacionadas con el apoyo social**

De acuerdo con Guillén y Palomares (1999), se han propuesto algunas teorías sobre el apoyo social, como interpretaciones del apoyo social, entre las cuales se encuentran las siguientes.

Teoría de la atribución. Postula que el individuo formula atribuciones para comprender, predecir y controlar su medio ambiente de acuerdo a la importancia relativa, asignada a factores internos (persona) o externos (medio ambiente) Cuando un individuo asigna la culpa al origen de un problema, provee o recibe la influencia de las relaciones de ayuda.

Teoría del afrontamiento. Considera que el apoyo social puede influir en el proceso de afrontamiento en el nivel de la evaluación primaria o secundaria, en la reevaluación o bien puede funcionar como una estrategia de afrontamiento (Thoits, 1983; citado en Guillen y Palomares, 1999), para proporcionar las fuentes o recursos requeridos, con el fin de controlar las necesidades específicas provocadas por el estresor, redirigiendo así el uso de las estrategias para la solución de problemas, a la vez que proporciona ayuda tangible o emocional.

Teoría del intercambio social. Establece la existencia de un deseo de manejar una igualdad de intercambios en las relaciones.

Teoría de la comparación social. Postula que las personas tienden a evaluarse a sí mismas y a facilitar información sobre sus características, opiniones, conductas y habilidades a través de una serie de comparaciones con otras personas similares. En esta teoría, la función del apoyo social como evaluación tiene por objeto el exaltar el valor de la persona, reafirmar la autoestima y proporcionar retroalimentación.

Teoría de la soledad. Ésta afirma que aunque hay gran variedad de explicaciones sólo tres son relevantes para el apoyo social. La primera, la explicación sociológica que considera a la soledad como un producto común y normal de los problemas sociales externos del individuo. Segunda, la explicación interaccionista que ve a la soledad como una reacción producida, por la interacción de la personalidad y de los factores situacionales. La tercera, la explicación cognitiva que considera el factor medicional de los déficits sociales y la experiencia displacentera.

Lo que nos muestra que definir el apoyo social no es una labor sencilla, como se observa en las diferentes teorías expuestas. Adicional a esto, también, se han hecho diversas clasificaciones del apoyo social, que enseguida se presentan.

### **2.3.2. Clasificaciones de tipos de apoyo social**

Jacobson (1986; citado en Aduna, 1998), propone la siguiente clasificación de tipos de apoyo social.

- Apoyo emocional, se refiere a la conducta que favorece sentimientos de confort y lleva al individuo a sentir que es admirado, respetado y amado y que otros están disponibles para proporcionarle cuidado y seguridad.

- Apoyo cognitivo, es la información, conocimiento y/o consejo de otros que ayudan al individuo a entender su mundo y a ajustarse a los cambios dentro de él.
- Apoyo material, considera las bondades y servicios que le ayudan a resolver problemas prácticos.

Walliston (1983, citado en Guillen y Palomares, 1999), considera los siguientes tipos de apoyo social.

- Informativo, el que presta un sujeto con su información.
- Afectivo-emocional, hace sentir a sujeto que es amado, cuidado, etc.
- Tangible, apoyo físico.
- De filiación, permite conservar la identidad social.
- Estimativo, proporciona una retroalimentación.

Weiss (1974; Lazarus y Folkman, 1991), enumeran seis tipos de apoyo social: vinculación, integración social, posibilidad de nutrición, reafirmación de valor de uno mismo, sensación de alianza segura y posibilidad de obtener consejo.

Dean y Lin (1977; citado en Lazarus y Folkman, 1991), identifican dos: el expresivo y el instrumental.

Las clasificaciones de los tipos de apoyo social coinciden en el emocional, material. Sin embargo, casi en todas sobresale el apoyo informacional, el emocional y el material como características del apoyo social. En cuanto a las definiciones también varían de unas a otras. A continuación se exponen algunas de ellas.

### **2.3.3. Definiciones**

El apoyo social se ha conceptualizado de diversas maneras. Una idea básica que se encuentra en varios intentos de conceptualización es, que el apoyo social debe considerarse como un proceso interactivo en el que puede obtenerse ayuda emocional, instrumental o financiera a partir de una red social (Bowling, 1991; citado en Carmona y Carmona, 2004)

Cobb (1976; citado en Aduna, 1998) define apoyo social como información que se lleva a las personas a creer que son amadas, estimadas y que forman parte de una red de comunicación y de obligación mutua.

Caplan (1974; citado en Barrón, 1996) define el apoyo social como una guía y retroalimentación (feedback) proporcionado por otras personas que permiten al sujeto manejar un evento estresante.

De acuerdo con este autor, las personas involucradas en el sistema de apoyo social ayudan a los individuos a movilizar sus recursos psicológicos, comparten sus tareas, les proporcionan recursos tangibles o habilidades y/o les proporcionan entendimiento cognitivo y guía que puede mejorar el manejo de la situación.

House (1981; citado en Barrón, 1996) considera el apoyo social como transacciones interpersonales de uno o más de los siguientes tipos: a) interés o apoyo emocional (amor, empatía, cariño, confianza), b) ayuda o apoyo instrumental (información relevante para resolver el problema), c) apoyo evaluativo (información para evaluar la actuación personal).

Lin y cols. (1981; citado en Barrón, 1996), consideraron el apoyo social como la ayuda que accesible a un sujeto, grupo o comunidad global.

Sarason (1983; citado en Guillen y Palomares, 1999) define el apoyo social como las interacciones sociales, en especial la forma en como son evaluadas por el individuo en cuanto a su calidad como soporte.

Thoits (1983; citado en Guillen y Palomares, 1999) define el apoyo social como el grado en el que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Las necesidades básicas a las que hace referencia son: filiación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación.

Sarason, Sarason y Pierce (1994; citado en Baron y Byrne, 1998) definen apoyo social como el bienestar físico y psicológico proporcionado por amigos y familiares a la persona que esta en una situación estrés.

Otros autores, han conceptualizado el apoyo social como el intercambio de recursos entre al menos un receptor y un proveedor de estos recursos, en el intento de ampliar el bienestar de los recursos de los receptores (Servicios Comunitarios Integrados, 1999; citado en Carmona y Carmona, 2004).

O'Reilly (1999; citado en Carmona y Carmona, 2004), define el apoyo social como el proceso interactivo en el cual acciones o conductas particulares pueden tener un efecto positivo sobre el bienestar social, psicológico o físico de un individuo.

Generalmente, se asume que la presencia de relaciones personales cercanas con otros, el grado de interacción del individuo con su entorno y el contar con ciertos recursos sociales y psíquicos permanentemente se encuentren relacionados positivamente con la salud de éste. Por otra parte es importante tener en cuenta los aspectos del apoyo social, descritos en el siguiente apartado.

#### **2.3.4. Aspectos del apoyo social**

Para lograr una aproximación al concepto de apoyo social, como señala Barrón (1996), se debe tener en cuenta que el apoyo social es un concepto interactivo, que se refiere en cualquier caso a transacciones entre personas (Felton y Shinn, 1992). Por tanto, no debe ser tratado como una variable de personalidad, como lo se refiere Sarason, al relacionarlo con las habilidades sociales y la competencia social.

Entonces, se debe de establecer una serie de distinciones que faciliten la definición del constructo, para después proponer una definición integradora de la mayoría de los elementos que aparezcan relacionados entre sí.

De tal manera que, en el concepto de apoyo social se deben distinguir los aspectos que a continuación se describen (Lin y cols., 1986; Barrón, 1990).

El primero, es que incluye varios niveles de análisis: comunitario, redes sociales y relaciones íntimas. El segundo aspecto, es que se distingue en su estudio varias perspectivas: estructural, funcional, y contextual. El tercer y último aspecto a considerar es, que se diferencia entre aspectos objetivos y subjetivos de dichas transacciones.

En cuanto a los niveles de análisis se refiere, Barrón (1996) señala, que están reflejados en la definición de Lin y cols., para quienes el apoyo social es la ayuda que accesible a un sujeto, grupo o comunidad global.

- En el nivel comunitario, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia e integración social. La integración social es evaluada normalmente en función de estar implicado en determinados roles y contextos sociales, de manera que se toma como medida integración social el estado civil, la pertenencia a asociaciones comunitarias, clubes, etc.

- El segundo nivel de análisis, lo componen las redes sociales, aporta un sentido de unión con los demás, aun que sea de forma indirecta. Se suele incluir todos los contactos sociales que mantiene la persona, así como sus propiedades (densidad, tamaño y homogeneidad).
- El tercer nivel incluye las transacciones que ocurren dentro de las relaciones íntimas, que son las que se han ligado directamente con el bienestar y la salud, puesto que en este tipo de relaciones se esperan intercambios recíprocos y mutuos, y la responsabilidad del bienestar es compartida.

Es importante tener en cuenta que los niveles de análisis no son independientes, sino que están interconectados, emergiendo de cada nivel superior las relaciones del nivel inferior.

En lo tocante a las perspectivas de estudio del apoyo social, algunas definiciones resaltan los aspectos estructurales de las redes sociales, basándose en la existencia, cantidad y propiedades de las relaciones sociales que mantienen las personas; mientras que otras definiciones subrayan los aspectos funcionales del apoyo social, centrándose en el tipo de recursos aportados por los lazos sociales y las funciones que cumplen. Por otro lado, no hay que perder de vista el contexto en el que ocurren dichas transacciones, ya que esto influye decisivamente tanto en el proceso y en su efectividad, como en su efectividad. Aquí se debe tener en cuenta quién da el apoyo, cuánto apoyo ofrece, en que momento lo da, etc. Por lo que, se distingue en su estudio tres perspectivas: estructural, funcional, y contextual.

Desde la perspectiva estructural se utiliza el análisis de las redes y se examinan todos los contactos que mantiene el sujeto. Se destacan los aspectos estructurales de dichos contactos, si tomar en cuenta las funciones que cumplen. Desde esta perspectiva se ha definido el apoyo social en términos del número de

determinadas relaciones clave que mantiene el sujeto (amigos, familiares, etc.), frecuencia de contactos con los mismos, etc. Se han estudiado distintas dimensiones de la red, como son las que se describen a continuación.

- Tamaño de la red. Se refiere al número de personas que componen la red, o número de sujetos que mantienen contacto personal con el sujeto central.
- Densidad. Hace referencia a la interconexión entre las personas que forman parte de la misma independientemente del sujeto central.
- Reciprocidad. Se refiere al grado en que los recursos de la red son intercambiados equivalentemente entre las partes, al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas.
- Homogeneidad. Se entiende la semejanza o congruencia entre los miembros de la red en una dimensión determinada: actitudes, experiencias, valores, etc.

En cuanto a la perspectiva funcional, se acentúan las funciones que cumplen las relaciones sociales, enfatizando los aspectos cualitativos del apoyo y los sistemas informales del apoyo. Hay que distinguir entre los recursos que se intercambian en estas transacciones y las funciones que cumple el apoyo. Los recursos pueden ser materiales (pequeños servicios, dinero, objetos, etc.) y simbólicos (cariño, aceptación, estima, consejo, etc.). Las funciones fundamentales que cumple el apoyo social son: provisión de apoyo emocional, material e informacional.

- La función de apoyo emocional. Hace referencia a la disponibilidad de alguien con quien hablar, e incluye aquellas conductas que fomenta los sentimientos de bienestar afectivo y que provocan que el sujeto se sienta querido, amado, respetado y que crea que tiene personas a su disposición

que pueden proporcionarle cariño y seguridad. Son expresiones o demostraciones de amor, afecto, cariño simpatía, estima y/o pertenencia al grupo.

- La función de apoyo material o instrumental. Se define como acciones o materiales proporcionados por las otras personas y que sirven para resolver problemas prácticos y/o facilitan la realización de tareas cotidianas, como ayuda en las tareas domésticas, cuidar niños, prestar dinero, etc.
- La función de apoyo informacional. Es el proceso a través del cual las personas reciben información, consejos o guía relevante que les ayudan a comprender su mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en él.

Es difícil tratar de separar la función de apoyo informacional de la función de apoyo emocional ya que dar consejos puede ser percibido por el receptor como una expresión de cariño como muestra de que se preocupan por él. Los recursos y las funciones se relacionan entre sí.

Desde la perspectiva funcional, se define el apoyo social como algún tipo de transacción en la que se intercambian recursos que permiten cumplir algunas de estas funciones.

En cuanto a la perspectiva contextual, es importante tener en cuenta los contextos ambientales y sociales, en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido; por lo que se debe incluir los aspectos contextuales que a continuación se presentan.

- Características de los participantes, ya que en función de su procedencia de una fuente u otra el mismo tipo de apoyo puede ser efectivo o no. El mismo recurso puede ser aceptable si proviene de un determinado sujeto, en inaceptable si lo proporciona otra persona.

- Momento en que el apoyo se da, dado que las necesidades de ayuda cambian según se afronta la situación estresante. El momento en que se ofrece el apoyo está ligado al afrontamiento y a las fases del mismo, provocando que el apoyo que es adecuado en un momento concreto puede no serlo en otro.
- Duración. La habilidad de los donantes para mantener y/o cambiar el apoyo durante el tiempo es crucial, en especial para aquellas personas que presentan problemas crónicos o que sufren estrés a largo plazo.
- Finalidad. La efectividad del apoyo social depende de la adecuación entre el apoyo que se da y las necesidades suscitadas por el problema concreto. En otras palabras, diferentes problemas requerirán distintos tipos de apoyo.

Respecto al tercer y último aspecto, la distinción objetivo / subjetivo, cabe anotar si se debe centrar en el apoyo social recibido o real, en los recursos intercambiados y sus funciones, o si es necesario considerar la percepción que tiene el receptor del mismo, es decir, el apoyo social percibido.

El aspecto subjetivo subraya conceptualizan el apoyo social en términos cognitivos, como percepción de que uno es amado, querido, etc., que tienen personas a quien recurrir en caso de ser necesario y que les reportarán la ayuda requerida.

Por ejemplo, Cobb (1976; citado en Barrón, 1996) concibe el apoyo social como la información pertenecientes a una de las siguientes clase: información que lleva al sujeto a creer que cuidan de él y que es amado, información que lleva a creer que es estimado y valorado, información que lleva al individuo a creer que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

Por otra parte, el apoyo recibido o real no es cognitivo; sus recursos, intercambiados y funciones se evalúa normalmente de forma retrospectiva, preguntando al sujeto qué apoyo concreto recibió en un momento determinado.

De cualquier forma, los dos tipos de apoyo recibido y percibido, tienen la misma importancia, ya que ambos pueden incrementar el bienestar. Vaux (1988; citado en Barrón, 1996) indica que, percibir que existe apoyo social disponible, aunque esto sea falso, aumenta el bienestar psicológico, dicho de otra manera, aunque no se reciba como tal el apoyo social, esa percepción, puede tener efectos beneficiosos para la persona. Obviamente, lo ideal es que exista el apoyo social y que la persona lo perciba. Muy a pesar de esto, el apoyo recibido y el percibido pueden ser inconsistentes en algunas personas, dicho de otro modo, algunas personas se sienten apoyadas a pesar de no recibirlo, mientras que otras reciben apoyo y no lo perciben. Algunas razones de estas discrepancias son (Dunkel-Schetter y Bennett, 1990; citado en Barrón, 1996): la infra o supra valoración del apoyo social recibido debido a percepciones defectuosas o memorias inadecuadas; la existencia de un sesgo optimista que lleve a esperar más apoyo del que luego se recibe; en la inexactitud es al contrario, el apoyo percibido es menor que el recibido; y puede ser posible que en un principio el apoyo social percibido y el recibido coincidan, pero que con el paso del tiempo el recibido disminuya.

Para el propósito que este trabajo persigue es necesario profundizar un poco en lo que se entiende por apoyo social percibido, por lo que la siguiente sección está dedicada a este tema.

### **2.3.5. Apoyo social percibido**

El apoyo social percibido se refiere al grado en que el individuo percibe la existencia de los lazos sociales proveedores de apoyo (Wilcox, 1981; Warr, 1985; Thoits, 1983; citados en Guillen y Palomares 1999).

Turner (1986; citado en Guillen y Palomares, 1999) define el apoyo social como la percepción que tiene el sujeto a partir de su inserción en las relaciones sociales, de que es cuidado y amado, valorado y estimado. En el apoyo social la inserción objetiva en un mundo de relaciones sociales, no es el elemento fundamental, sino que estas relaciones aparezcan con un significado de apoyo emocional, informacional y material.

Lazarus y Folkman (1991) describen el apoyo social percibido como la evaluación subjetiva de la naturaleza de las interacciones que tienen lugar en las relaciones sociales.

En la siguiente sección se presentan algunas definiciones de apoyo social que logran integrar los aspectos y las funciones del apoyo social.

### **2.3.6. Definiciones integradoras**

Lin y cols. (1986; citados en Barrón, 1996) definen el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

Vaux (1988; citado en Barrón, 1996) define el apoyo social en un meta constructo, con tres elementos conceptuales, que se relacionan en un proceso dinámico de transacciones entre el sujeto y su ambiente. Los tres elementos conceptuales son:

1. Recursos de la red de apoyo. Se entiende por red de apoyo una parte de la red social más amplia, justo aquella parte a la que la persona acude en busca de ayuda para manejar las demandas que afronta o para lograr determinadas metas. Ambas (demandas y metas) pueden ser cotidianas o no (estresores).

2. Conductas de apoyo. Se refieren a los distintos intentos de ayudar a las personas, a las conductas concretas implicadas, ya sean de tipo material, emocional u otro. Pueden surgir espontáneamente o a petición del sujeto; el que sean útiles o no depende de factores contextuales como el momento en que se dan, cantidad de apoyo que se ofrece, personas de las que procede la ayuda, etc.

3. Evaluaciones del apoyo. Valoraciones subjetivas de los elementos anteriores, adoptan distintas formas como sentirse querido, satisfacción con el apoyo recibido, etc.

Lo anterior plantea la relación que existe entre los recursos, las conductas y las evaluaciones. Así el apoyo social no es una característica personal o condición ambiental estática sino un proceso dinámico de transacciones, de influencia mutua entre las personas y su red de apoyo en un contexto ecológico. Todo este proceso ocurre en un contexto en el que influyen tanto variable de tipo personal como contextual.

Entre los factores personales que afectan el proceso están: rasgos de personalidad (el lugar del control, la timidez, la ansiedad social, etc.) y recursos personales y habilidades.

En cuanto a los factores de contexto social se encuentran: los estresores (algunos se relacionan positivamente con el apoyo, mientras que otros lo dificultan, bien por que suponen una perdida del mismo), la familia (nivel de cohesión y conflicto), los roles sociales (juega un papel importante determinando, en muchas ocasiones, la disponibilidad para crear nuevas relaciones o mantener las ya existentes), la comunidad (se trata del impacto que tiene el propio diseño físico del espacio en las interacciones).

En base a lo ya expuesto, la propuesta de Vaux es un modelo ecológico del proceso de apoyo social, en el que todos los elementos mencionados se

relacionan entre sí, interactuando los factores personales con los contextuales en su influencia sobre los recursos de la red, conductas de apoyo y evaluaciones del mismo.

El apoyo social percibido también ha sido tema de interés para diversos investigadores, por lo que a continuación se presentan algunas investigaciones realizadas en el tema.

### **2.3.7. Investigaciones sobre apoyo social**

Calvo y Díaz (2004), de la Universidad Autónoma de Madrid, realizaron un estudio sobre el apoyo social percibido, enfocado en las características psicométricas de un nuevo cuestionario de apoyo social percibido (CASPE) en una población urbana geriátrica. En esta investigación se examinaron las características psicométricas del cuestionario breve de apoyo social percibido, denominado CASPE, en una muestra comunitaria de 207 personas mayores. Los parámetros de este cuestionario mostraron valores aceptables para la consistencia interna y para la fiabilidad por el método de dos mitades. Se encontró una correlación positiva significativa para el apoyo social y una correlación negativa y significativa con las medidas de estrés y ansiedad, y la evaluación positiva emitida por los expertos, se aportó indirectamente validez al cuestionario.

Martínez García y Maya (2001), de la Universidad de Sevilla, condujeron un estudio sobre el efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. Los objetivos a examinar fueron la influencia que sobre la depresión ejercen las circunstancias vitales estresantes y la suficiencia de apoyo social. Se examinó una muestra de inmigrantes residentes en Marbella. Se utilizaron como instrumentos de medida el cuestionario Mannheim de apoyo social, la escala CES-D de depresión y la escala de problemas en distintas áreas vitales de Die y Seelbach. El análisis de correlaciones bivariadas manifestó que los sistema de apoyo de los sujetos con unas circunstancias vitales más

desfavorables a los que percibían como insuficiente obtenían mayores puntuaciones en depresión. En el análisis de regresión lineal realizado se encontró significativa la interacción problemas x apoyo de tal forma que la suficiencia de apoyo actúa amortiguando los síntomas depresivos sólo cuando se experimenta como graves un gran número de problemas en distintas áreas vitales. Se constató la presencia de un efecto amortiguador del apoyo social en un colectivo de inmigrantes de diverso origen étnico.

Es notable en las investigaciones mencionadas la importancia del apoyo social y el apoyo social percibido y como varía dependiendo del estrés y la ansiedad a la que este sometida la persona o experimentando. Sin embargo, sobre este tema no han realizado muchos estudios enfocados en las personas que tienen a su cuidado un familiar enfermo y que por este evento toman el rol de cuidador, rol para el cual no están preparados. Por lo que surge la necesidad de abordar el tema de los cuidadores desde un enfoque psicosocial. Considerando que la familia tiene un papel de gran relevancia en el manejo de este evento. Remarcando nuevamente que la ayuda con la que cuente el cuidador puede resultar de gran beneficio para el paciente.

Hasta ahora se ha expuesto los conceptos de estrés, afrontamiento y apoyo social con la finalidad de esclarecer la importancia de cada uno para la realización de este trabajo. En los párrafos que siguen se expone la relación que tienen entre ellos.

#### **2.4. Estrés, afrontamiento y apoyo social**

El apoyo social juega un papel importante en los procesos de afrontamiento al mantener bajo control los afectos de las personas, lo que permite a esas personas enfocar su atención en tareas que necesariamente tratan con aspectos objetivos de la situación (Cobb, 1974; citado en Villagrán, 2001). El apoyo social se puede

estudiar de forma independiente o en interacción con otros fenómenos como el estrés y el afrontamiento y sus efectos sobre la salud y el bienestar.

Para comprender el impacto del apoyo social se requiere de una aproximación que se fundamente en el análisis de la interacción de los factores individuales, comunitarios y ambientales; debido a que el apoyo social es un proceso transaccional que influye en los resultados individuales y que, a su vez, es influenciado por características personales del receptor y condiciones ambientales, entre las que se encuentra el contexto ecológico familiar.

Algunos investigadores, como Lazarus y Folkman (1991), proponen que el apoyo social es un aspecto importante a considerar ya que este modera las estrategias de afrontamiento, las cuales ayudan a superar el estrés. Estos autores consideran que el apoyo social en cada individuo es un orden que los lleva hacia delante, argumentando además, que el apoyo social, puede e influye en el afrontamiento.

Otros investigadores han establecido que, el apoyo familiar está relacionado con cambios subsecuentes en la adaptación psicológica del individuo, y que éste directa o indirectamente produce estrategias de afrontamiento para que el individuo logre una adaptación más completa (Holohan, y Moos, 1985; Lazarus y Folkman, 1984; citados en Guillen y Palomares, 1999).

De igual manera, Cutrona y Troutman (1986; citados en Guillen y Palomares, 1999) encontraron que el apoyo social es un factor predictivo de la evaluación del sujeto sobre los eventos estresantes y por tanto es determinante de los estilos de afrontamiento que utilizará, aumentando así la autoeficacia en su adaptación.

Lazarus y Folkman (1991), han realizado investigaciones en donde se ha demostrado que el afrontamiento influye en el apoyo social, y proponen que el afrontamiento es una visión de factores estabilizantes que pueden ayudar al individuo a mantener una adaptación psicosocial durante periodos estresantes.

También han llevado acabo estudios donde no se pretende especificar la influencia de una variable sobre otra, afrontamiento-apoyo social, sino encontrar un patrón en cuanto a la relación entre estas variables.

Por último, como señalan Lazarus y Folkman (1991), el estrés, el afrontamiento y sus resultados adaptativos deben ser considerados en el contexto de las relaciones del individuo con la sociedad, puesto que una de las principales causas que dan origen al estrés son las discrepancias entre el individuo y las identidades sociales.

#### **2.4.1. Investigaciones sobre estrés, afrontamiento y apoyo social**

Carrboles, Remor y Rodríguez-Alzamora (2003) realizaron una investigación sobre Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. En este estudio, los autores describen la relación de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido (afectivo y sanitario) con el distrés emocional en una muestra de 229 adultos, hombres y mujeres de distinto origen cultural (español y peruano) infectados de VIH. Los resultados que encontraron, indican asociaciones entre las variables de afrontamiento y el apoyo social percibido con el grado de distrés emocional experimentado por los sujetos. Sin embargo, no se encontraron variaciones en el afrontamiento considerando el avance de la enfermedad y el deterioro inmunológico, para la muestra completa. No obstante, sí se encontraron algunas diferencias, cuando se analizaron las muestras por separado. Se encontraron las siguientes estrategias de afrontamiento específicas: evitación/comportamientos pasivos, poca implicación activa-positiva, rumiación/pasivo cognitivo, confianza activa en otros y la falta de apoyo percibido del entorno afectivo; las cuales explican el 29% de la varianza total en el distrés emocional, a través de un análisis de regresión múltiple.

Rodríguez R. (2004) realizó un estudio sobre ansiedad y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer cervicouterino tratadas con braquiterapia en el Instituto

Nacional de Cancerología de México. En este trabajo se abordaron dos temas, la ansiedad y los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. se utilizaron los siguientes instrumentos: cuestionario de ansiedad cognitiva y somática de Schwart, Davidson y Goleman, y el cuestionario de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman. La finalidad del estudio fue conocer cual era el nivel de ansiedad que presentan las pacientes, así como las estrategias puestas en funcionamiento ante el diagnóstico de cáncer, además se buscó determinar si existía relación entre ambas variables. Los resultados del estudio fueron: con respecto a la ansiedad, no se encontraron términos estadísticamente significativos entre los diferentes niveles de ansiedad cognitiva y somática; la ansiedad en términos generales se ubicó en poca ansiedad. En cuanto al afrontamiento, no predominó el uso de uno u otro tipo (afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento enfocado a la emoción). En el análisis en términos de porcentaje, si se encontraron reactivos, estrategias y subescalas que se utilizaron en mayor medida. Por último, no se encontró a nivel general relación estadísticamente significativa, sólo se obtuvo correlación en algunos reactivos de afrontamiento con ansiedad total, ansiedad cognitiva y ansiedad somática; también hubo relación significativa entre las estrategias de distanciamiento y la subescala de ansiedad somática.

Riquelme, Buendía y Rodruiguez (1993), realizaron un estudio sobre las estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. Se estudio la relación entre depresión, estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas que se han visto expuestas a graves dificultades económicas. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: el General Health Questionnaire (GHQ), la escala ISEL, y la escala de Lazarus y Folkman. Se aplicaron a una muestra de 82 personas (35 hombres y 47 mujeres). Los resultados obtenidos revelaron la presencia de un elevado porcentaje de positivos según la escala de GHQ. El análisis indicó una asociación positiva entre bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento centradas en la confrontación, el autocontrol y la planificación. La evitación fue la estrategia principalmente utilizada en las

personas que obtuvieron alteración psicológica. Por último, la percepción del apoyo social parece relacionarse positivamente con la salud de forma directa, y a través de las estrategias de afrontamiento.

Como se puede observar, hay muy pocas investigaciones que toquen el tema de afrontamiento, estrés y apoyo social percibido y menos que traten el tema de los que cuidan a un familiar enfermo.

Es necesario apuntar que es evidente que el diagnóstico de una enfermedad obliga a realizar cambios físicos, psíquicos y sociales tanto en el paciente como en la familia; ya sea que la enfermedad tenga un desenlace fatal o haya esperanza de recuperarse o a vivir con la incertidumbre de su pronóstico en los siguientes años. Estos cambios, en el caso de que se den, no serán iguales a los que el paciente y la familia habrían hecho antes de la aparición de la enfermedad. Además, tanto las personas diagnosticadas con una enfermedad y como sus familias tienen que hacer pequeños o grandes cambios y ajustes en la vida diaria dependiendo de las distintas etapas del padecimiento, de su dolencia, de su edad, de su situación económica, de su salud, de su estado emocional, de su nivel cultural, etc., pero en lo que siempre se coinciden es en que la enfermedad ha traído cambiado o ajustes en vida cotidiana. Ya se habló de la importancia y el papel de la familia ampliamente en la segunda parte de este trabajo. Se mencionó que la familia es una parte esencial en los cuidados del enfermo y que es el recurso de mayor valor con el que cuenta el paciente, y por tanto el cuidador toma un rol relevante y especial dentro de la familia. Por lo que esta investigación pretende explorar los estilos de afrontamiento del cuidador, tomando en cuenta la evaluación de estrés que se hace éste del evento que altera su dinámica y cómo este percibe el apoyo social recibido.

Para los objetivos plantados por este estudio, es necesario tener en cuenta el *síndrome de sobrecarga emocional* o *burnout*, y el estado emocional de los

cuidadores, y para fines de profundizar en estos conceptos se dedica la siguiente sección.

## **2.5. El síndrome de sobrecarga emocional o burnout**

El *burnout*, es un Síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

Ya que se trata de un proceso complejo que guarda similitud con otros constructos, Maslach y Jackson (1981, citados en Rubio, 2004), caracterizaron el burnout por presentar: sensaciones de sobreesfuerzo, actitudes de insensibilidad y sentimientos de incompetencia profesional.

Maslach (citada en Almendro y Pablo, 2001) realizó un estudio sobre las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, distinguió a los afectados de sobrecarga emocional o síndrome del Burnout (quemado.) Esta autora lo describió el burnout como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal” que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.

En el cual se incluyen:

- a) agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales;
- b) la despersonalización o deshumanización, que consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad, de cinismo hacia los receptores de servicio prestado la despersonalización esta considerada por Menninger (1963; citado en Sotelo y Maupome, 2000), dentro de las circo órdenes o

aparatos regulatorios, en el segundo nivel como una estrategia de disociación);

- c) la falta de realización personal, donde se presentan tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal; y
- d) los síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.

Se atribuye el origen de la aparición de este síndrome a:

- La atención al paciente como la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.
- La edad, aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la practica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada.
- El sexo, las mujeres son el grupo más vulnerable, lo cual puede deberse a la doble carga de trabajo que implica la práctica profesional y la tarea familiar.
- El estado civil, aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio

emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser mas realistas con la ayuda del apoyo familiar.

- Los días a la semana en que se labora y el horario de trabajo de estos profesionales pueden conllevar la presencia del síndrome.
- La antigüedad profesional, se ha encontrado una relación positiva con el síndrome manifiesta en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning (citados en Almendro y Pablo, 2001), encontraron una relación inversa debido a que los sujetos que más burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serian los que menos burnout presentaron y continúan laborando.

Como puede observarse, existe el estudio de este síndrome ha sido enfocado a los profesionales de la ayuda y sobre todo en el ámbito de la medicina, debido a que es el burnout es un mediador patogénico que daña la salud del médico. Los problemas emocionales de los médicos han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados. Los numerosos estudios han revelado contundentemente que las tasas del alcoholismo y adicción a drogas, así como los conflictos matrimoniales, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio, son superiores en este sector que en las de la población general. Asimismo, las tasas de morbimortalidad por enfermedad cardiovascular, cirrosis hepática y accidente de tráfico son tres veces

más altas entre los médicos que en la población general (Almendro y Pablo, 2001).

Este desgaste profesional que sufren los trabajadores de los servicios a personas (sanidad, enseñanza, administración pública, policía, servicios sociales, etc.), y que se debe a unas condiciones de trabajo que exigen altas demandas sociales, también está relacionado con aquellas personas que sin planearlo están realizando este trabajo, es decir los cuidadores.

Como ya se ha mencionado, cuando una persona padece una enfermedad por la cual necesita la ayuda de otra, esta otra toma el rol de cuidador. Y como cuidador desarrolla funciones de tipo laboral, dedicando ciertos días a la atención del paciente, así como cumpliendo con un horario, la única diferencia con los profesionales sería que el familiar que toma el papel de cuidador no percibe un salario y no cuenta con una preparación profesional. Por lo que se hace obligatorio considerar la medición de este síndrome en los participantes de este estudio.

A continuación se presentan algunas investigaciones realizadas sobre el burnout.

## **2.5. Investigaciones sobre el síndrome de sobrecarga emocional o burnout**

Garcés de los Fayos, E. J. (1995). Burnout en niños y adolescentes: un nuevo síntoma en psicopatología infantil. *Psicothema*, 7, 1, 33-40. Se trata de un estudio exploratorio. El objetivo fue abordar el fenómeno del burnout desde la perspectiva de los niños y adolescentes, con la finalidad de abordar el burnout no como se ha entendido como sinónimo de estrés laboral en trabajadores en el área de ayuda humana, sino partiendo de los contextos educativo y deportivo para mostrar que la conceptualización del síndrome en el ámbito adulto lo es de igual manera en el juvenil.

Boada i Grau, Vallejo y Agulló (2004), realizaron su trabajo en el *burnout* y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. Este trabajo incluye una línea de investigación en donde el modelo de las características del puesto (MCP) y el clima organizacional se erigen como consecuentes del *burnout* y de ciertas manifestaciones psicosomáticas. Los objetivos de esta investigación de tipo predictivo fueron: a) determinar si las variables del modelo de las características del puesto (MCP) son predictoras de los niveles de *burnout* y de síntomas psicosomáticos en el trabajo; b) examinar si el clima organizacional pronostica los niveles de *burnout* y de síntomas psicosomáticos en el trabajo. La muestra constó de 137 sujetos, pertenecientes a dos municipios de una zona costera de la provincia de Tarragona. Se les aplicaron cinco instrumentos. Los resultados obtenidos indicaron que globalmente las variables del MCP son preventivas y predictoras de las dimensiones del *burnout*, y que ciertas variables del clima organizacional, aunque no todas las variables estudiadas, implican consecuencias negativas para el trabajador con la aparición de considerables síntomas de *burnout* y manifestaciones psicosomáticas.

## **3. Método**

### **3.1. Pregunta de investigación**

El estilo de afrontamiento en los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo ¿está determinado por el estrés, el apoyo social percibido y el burnout?

### **3.2. Objetivo general**

Establecer si el estilo de afrontamiento en los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo está determinado el estrés, el apoyo social percibido y el burnout.

### **3.3. Hipótesis general**

El estilo de afrontamiento en los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo está determinado por el estrés, el apoyo social percibido y el burnout.

### **3.4. Objetivos e hipótesis específicos**

#### **Objetivo específico**

Conocer si el apoyo social percibido determina el estilo de afrontamiento en los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo.

#### **Hipótesis**

Entre mayor satisfacción se tenga del apoyo social recibido por parte de los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo, será mayor la

probabilidad de que se presente un estilo de afrontamiento orientado al problema o que se de un afrontamiento mixto.

### **Objetivo específico**

Saber si el síndrome de sobrecarga emocional o burnout determina el estilo de afrontamiento en los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo.

### **Hipótesis**

Cuando los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo presentan el síndrome de sobrecarga emocional o burnout tienden a adoptar un estilo de afrontamiento orientado a la emoción.

### **Objetivo específico**

Establecer si la evaluación de estrés determina el estilo de afrontamiento en los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo.

### **Hipótesis**

La evaluación de estrés que se hace sobre la situación influye en el estilo de afrontamiento en los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo.

### **Objetivo específico**

Establecer si un estado emocional positivo determina el estilo de afrontamiento en los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo.

## **Hipótesis**

Un estado emocional positivo en los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo determina un estilo de afrontamiento orientado al problema o que se de un afrontamiento mixto.

### **3.5. Definiciones conceptuales y operacionales de las variables**

#### **3.5.1. Definición conceptual y operacional de la variable dependiente**

##### ***Afrontamiento***

**Definición conceptual:** Se definen afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1991).

Estilos de afrontamiento:

- **Orientado al problema:** Es una forma de afrontar que busca manipular o alterar el problema, que aparece cuando las condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.
- **Orientado a la emoción:** Está dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar, teniendo más probabilidades de aparecer cuando a habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

- **Mixto:** Se refiere a la combinación de actos o intentos de hacer algo activo en combinación con los recursos sociales, que conducen a la búsqueda activa de un apoyo social.

**Definición operacional:** El afrontamiento se mide a través de las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el cuidador realmente piensa o hace para manejar la situación.

### **3.5.2. Definiciones conceptuales y operacionales de las variables independientes**

#### ***Estrés***

**Definición conceptual:** Lazarus y Folkman (1991) definen el estrés psicológico como el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos que ponen en peligro su bienestar.

**Definición operacional:** es la evaluación cognitiva hecha por el cuidador que determina si la relación que él tiene con el ambiente es estresante o no.

#### ***Apoyo social percibido***

**Definición conceptual:** El apoyo social percibido, se refiere a la evaluación subjetiva de la naturaleza de las interacciones que tienen lugar en las relaciones sociales (Lazarus y Folkman, 1991). Esta evaluación la realiza en los tres tipos de apoyo social recibido que son:

- **Apoyo material:** Se define como acciones o materiales proporcionados por las otras personas y que sirven para resolver problemas prácticos y/o

facilitan la realización de tareas cotidianas, como ayuda en las tareas domésticas, cuidar niños, prestar dinero, etc.

- **Apoyo informativo:** Es el proceso a través del cual las personas reciben informaciones, consejos o guía relevante que les ayudan a comprender su mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en él.
- **Apoyo emocional:** Hace referencia a la disponibilidad de alguien con quien hablar, e incluye aquellas conductas que fomenta los sentimientos de bienestar afectivo y que provocan que el sujeto se sienta querido, amado, respetado y que crea que tiene personas a su disposición que pueden proporcionarle cariño y seguridad. Son expresiones o demostraciones de amor, afecto, cariño simpatía, estima y/o pertenencia al grupo.

**Definición operacional:** Es apoyo social percibido, es el grado de satisfacción que el cuidador percibe de los lazos sociales proveedores del apoyo recibido (material, informativo, emocional).

### ***Síndrome de sobrecarga emocional o burnout***

**Definición conceptual:** Sobrecarga emocional o síndrome del Burnout (quemado): se describe como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal y que se caracteriza por presentar: sensaciones de sobreesfuerzo, actitudes de insensibilidad y sentimientos de incompetencia profesional (Maslach y Jackson, 1981, citados en Rubio, 2004).

**Definición operacional:** Sobrecarga emocional o síndrome del Burnout (quemado) esta determinada por la presencia de: sensación de sobreesfuerzo, baja realización personal, agotamiento emocional, despersonalización, síntomas físicos de estrés, síntomas de depresión y una actitud de insensibilidad.

## **Variables categóricas**

**Edad:** tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento a la fecha de la aplicación del instrumento, se evalúa en años cumplidos.

**Sexo:** condición orgánica que distingue al hombre de la mujer, se evalúa como femenino y masculino.

**Ocupación:** trabajo, oficio o actividad que desempeña (remunerado o no).

**Estado civil:** condición que difiere la situación social de una persona y que otorga el estado.

**Vive con:** con quien vive.

**Religión:** conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.

**Afiliación:** institución o seguro de servicios médicos de la que es beneficiario el cuidador.

## **Otras variables**

**Que tan creyente:** que tan creyente se considera la persona. Las opciones de respuesta son (1) Nada, (2) Un poco, (3) Bastante, (4) Muchísimo.

**Relación con el enfermo:** parentesco, o relación que mantiene con el enfermo.

**Experiencia:** Número de ocasiones en las que ha sido cuidador de un enfermo.

**Cuantos cuidan del enfermo:** número de personas involucradas en el cuidado del enfermo.

**Tiempo del padecimiento:** es el tiempo que tiene de conocer el padecimiento del enfermo.

**Tiempo de gravedad:** es el tiempo que tiene de conocer la gravedad del padecimiento del enfermo.

**Tiempo de ser cuidador:** meses que lleva teniendo el rol de cuidador de un enfermo.

**Tiempo que pasa con el enfermo:** días que dedica a cuidar del enfermo al mes.

**Diagnostico:** padecimiento del enfermo.

**Gravedad:** el estado del paciente.

**Afiliación del enfermo:** Institución o seguro de servicios médicos de la que es beneficiario el enfermo.

**Evaluación sobre la afectación:** evaluaciones cognitivas hechas por el cuidador en las que evalúa si su economía, estado físico o emocional se han visto afectadas o no. Las opciones de respuesta son (1) No, (2) Un poco, (3) Bastante, (4) Muchísimo.

**Evaluación de estrés** sobre el hecho de ser cuidador: evaluación cognitiva que realiza el cuidador sobre si el hecho de ser cuidador es estresante para él o no (las opciones de respuesta son las mismas que la anterior).

**Evaluación de riesgo** por el hecho de ser cuidador: Es la evaluación cognitiva hecha por el cuidador sobre si el hecho de ser cuidador pone en riesgo su bienestar

económico, físico o emocional (as opciones de respuesta son igual que las anteriores).

**Situación estresante:** son las evaluaciones cognitivas hechas por el cuidador sobre los cambios que conlleva el hecho de ser cuidador en su vida diaria, como llevar a las consultas al enfermo, no contar con tiempo para el descanso, no poder comer a sus horas acostumbradas, que se duplique la carga de trabajo, no saber que hacer, etc.

### **Tipo de estudio**

Este estudio es descriptivo, ya que mide, evalúa datos sobre diversos aspectos del problema para describir y analizar la presencia de variables.

### **Tipo de diseño**

Se trata de un diseño no experimental, ya que no se manipularon variables, ni se asignaron a los sujetos a los grupos en estudio.

## **3.6. Participantes**

La muestra estuvo constituida por 260 cuidadores, de los cuales las mujeres representan el 84.6% (220) y los hombres el 15.4% (40) restante de la muestra. Sus edades fluctuaban entre los 17 y los 76 años, con un promedio de edad de 36 años.

## **3.7. Instrumento**

El instrumento aplicado en esta investigación está compuesto por siete secciones. La primera sección consta de 11 reactivos, de los cuales los 7 son preguntas abiertas y cuatro cerradas y con distintas opciones de respuesta. En esta sección

se solicitó información sobre el padecimiento del paciente que atiende el entrevistado, el estado del paciente, el tiempo que el cuidador tiene de conocer el paciente, el tiempo que tiene de conocer la gravedad del mismo, por quien fue notificado, cuanto tiempo tiene cuidando del paciente, cuantos días dedica a ser cuidador, si su economía, salud o estado emocional se han visto afectados, cuantas personas más cuidan del enfermo, si evalúa el hecho de ser cuidador como estresante o no, y como algo que pone en riesgo su bienestar (económico, físico o emocional) o no.

La segunda sección corresponde a los trastornos de salud que la persona atribuye al estrés. Se aplicó la escala de SWS-Escala SPS de Gutiérrez y Romero (2005), que consta de 8 reactivos y las opciones de respuesta son: si / no

En la tercera sección se encuentra un diferencial semántico de seis espacios que hace referencia al estado emocional, incluye 14 reactivos.

La cuarta sección corresponde a una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: “Nada”, “Un poco”, “Bastante”, “Muchísimo”. Compuesta por 20 reactivos y con la cual se procuró medir la evaluación de las situaciones estresantes.

Para la quinta sección se utilizó una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: “Nada”, “Un poco”, “Bastante”, “Muchísimo”. Que consta de 35 reactivos y con la cual se pretendió medir el afrontamiento.

La sexta sección la compone una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta: “Nunca”, “Pocas veces al año o menos”, “Unas veces al mes o menos”, “Unas pocas veces al mes”, “Una vez a la semana” “Pocas veces a la semana”, “Todos los días”. Consta de 23 reactivos y con la cual mide el síndrome de sobrecarga emocional o burnout.

La séptima sección pretende medir el apoyo social percibido en base a la persona que dio el apoyo, el tipo de apoyo y grado de satisfacción con ese apoyo. Esta conformada por tres reactivos (uno para apoyo material, otro para apoyo informacional y el tercero para apoyo emocional), cada uno de estos reactivos consiste en una tabla de tres columnas y siete renglones, la primera columna contiene siete espacios para anotar de quien se ha recibido el apoyo, la segunda consta de siete espacios para anotar que tipo de apoyo se ha recibido, y la tercera es una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta: “Totalmente insatisfecho”, “Insatisfecho”, “Un poco insatisfecho”, “Un poco satisfecho”, “satisfecho”, “Totalmente satisfecho”; con siete reactivos y que mide el apoyo social percibido.

En la última sección se pide la información sociodemográfica, consta de 11 reactivos de los cuales 6 son preguntas abiertas y 5 son cerradas y con distintas opciones de respuesta.

### **3.8. Procedimiento**

El instrumento se aplicó a población abierta, fuera de los hospitales públicos de servicio médico como son: IMSS, ISSSTE, Hospital General. También fue aplicado en los albergues de de la Fundación san Judas Tadeo I. A. P. ubicados en la calle de Medelín Núm. 31 en la colonia Roma en Distrito Federal; y en el Grupo de recuperación total Reto A. C. ubicado en la calle de Benjamín Franklin Núm. 64 en la colonia Escandon en el Distrito Federal.

Con objeto de tener acceso a estas dos últimas instituciones se presentó una carta, extendida por la Universidad autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa de la División de Ciencias Sociales y Humanidades firmada por el asesor de la tesis, donde se manifestaron los propósitos de la investigación, así como el plan de trabajo a realizar dentro de las instalaciones.

Una vez obtenida la aprobación por parte de las Instituciones antes mencionadas, tuve contacto con la directora de la fundación san Judas Tadeo para que me indicara el área y los horarios en los que podía visitar la institución y para la aplicación de los instrumentos, cada participante decidió libremente contestar o no el cuestionario. La coordinadora del Grupo Reto me permitió la aplicación de los instrumentos los días martes, a las personas que se juntan en una reunión semana, claro siempre y cuando voluntariamente éstas estuvieran en la mejor disposición de contestar el cuestionario. En ambos sitios se les informó a los cuidadores que se trataba de una investigación sobre estrés afrontamiento y apoyo social percibido.

Para la aplicación fuera de los hospitales públicos de servicio médico, mencionados arriba, no se presentó ninguna carta. Se acudió a lugares como el Centro Médico siglo XXI, Hospital la Raza (área de especialidades, inmunología, oncología, cardiología), clínica 13, 35 y 125 del IMSS, Hospital regional 1º de Octubre del ISSSTE, Hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE, Hospital general.

A todos los participantes se les dijo que se trataba de una investigación sobre el estrés, afrontamiento y apoyo social percibido y que no había respuestas buenas o malas, se hizo hincapié en el anonimato y la confidencialidad de los datos recabados en el cuestionario, de la misma forma se insistió en que el instrumento debía ser contestado con la mayor sinceridad posible y que todas las preguntas debían ser respondidas. Antes que cada participante iniciara a contestar el instrumento se dieron instrucciones acerca de cómo responder cada sección, adicionalmente se indicó que en cada parte del cuestionario se encontraban las instrucciones y que si se tenía alguna pregunta o duda sobre una respuesta podían preguntar en cualquier momento y con toda libertad.

Los participantes tardaron aproximadamente en contestar el instrumento entre 30 y 50 minutos, dependiendo de las incomodidades del espacio disponible. En los albergues y en el grupo fue un poco más ágil debido a que se contaba con mesas

y sillas. En cuanto a la población entrevistada fuera de los hospitales tomo un poco de más tiempo de ya que no se contaba ni con mesas ni sillas, sólo se les pudo proveer de un cartón grueso que les sirviera de apoyo. A todos se les proporciono un bolígrafo. La aplicación directa de los instrumentos permitió que todos los reactivos fueran contestados.

También se tuvo contacto con cuidadores a través de algunos familiares, conocidos, y amistades; esto debido a las dificultades que se tuvieron para tener una mayor muestra de esta población. A estos no se les pudieron dar las instrucciones de forma directa pero se les hicieron llegar por medio de las personas con las que se tuvo el contacto inicial, ya que a estas se les indicó la información anterior.

### **3.9. Análisis**

Los análisis realizados en este estudio son: frecuencias, medias y desviación estándar, para de cada uno de los reactivos que componen el instrumento. Se corrieron tablas cruzadas para conocer la relación existente entre sexo y ocupación, estado civil, la relación con el paciente, religión, cuantos día cuida del apaciente, trastornos de salud.

Se corrió un análisis factorial para la escala de estado emocional para conocer la estructura de los constructos, así como la validez de la escala. De la misma manera se realizó una prueba de confiabilidad para el único factor resultante.

Se hizo un análisis factorial para la escala de situaciones estresantes con la finalidad de conocer la estructura de los componentes, como la validez de la escala. Se realizó una prueba de confiabilidad para el único factor resultante.

Se corrió un análisis factorial para la escala de afrontamiento para conocer la estructura de los constructos, así como la validez de la escala. De la misma manera se realizó una prueba de confiabilidad para cada factor resultante.

Se hizo un análisis factorial para la escala de burnout para conocer la estructura de los constructos, así como la validez de la escala. Se realizó una prueba de confiabilidad para cada factor resultante.

Se hicieron corrieron las correlaciones entre las variables de evaluación, afrontamiento y burnout. Para estas variables se realizó una prueba t de Student para sexo con el fin de conocer si existen diferencias significativas entre estas poblaciones.

Por último, se realizaron regresiones ya que estas representan la parte medular de los resultados de este estudio, por que representan la parte fundamental de la comprobación o rechazo de las hipótesis.

## 4. Resultados

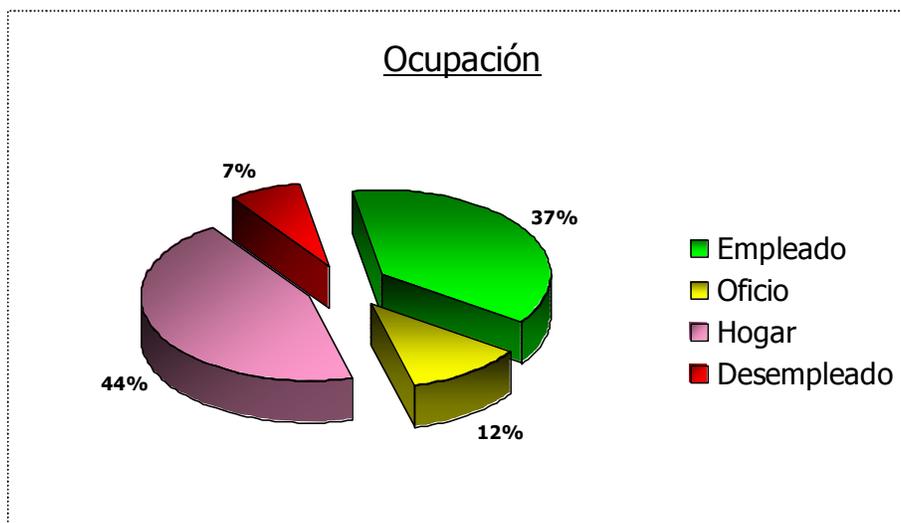
A continuación se presentan los resultados encontrados a partir de los análisis estadísticos realizados (frecuencias, promedios, desviación estándar, prueba t, factorial, correlaciones, regresiones)

### 4.1. Descripción de los cuidadores

El 61.5% son casados, de los cuales 128 son mujeres y 32 son hombres; el 20% son solteros, 4 mujeres y 3 hombres; el 11.9% están en unión libre, 23 mujeres y 3 hombres; el 3.5% están separados, 8 mujeres y un hombre, 2.3% son viudos, 5 mujeres y un hombre; y 0.8% son divorciados, y en su total son mujeres.

Los que cuentan con un empleo son 97 personas (37.3%), 72 mujeres y 25 hombres. Los que realizan un oficio son 30 (11.5%), 16 mujeres y 14 hombres; los que se dedican al hogar 115 (44.2%), en su total son mujeres; los desempleados son 18 (6.9%), 17 mujeres y un hombre. Como se puede apreciar en la gráfica 6:

Gráfica 6.



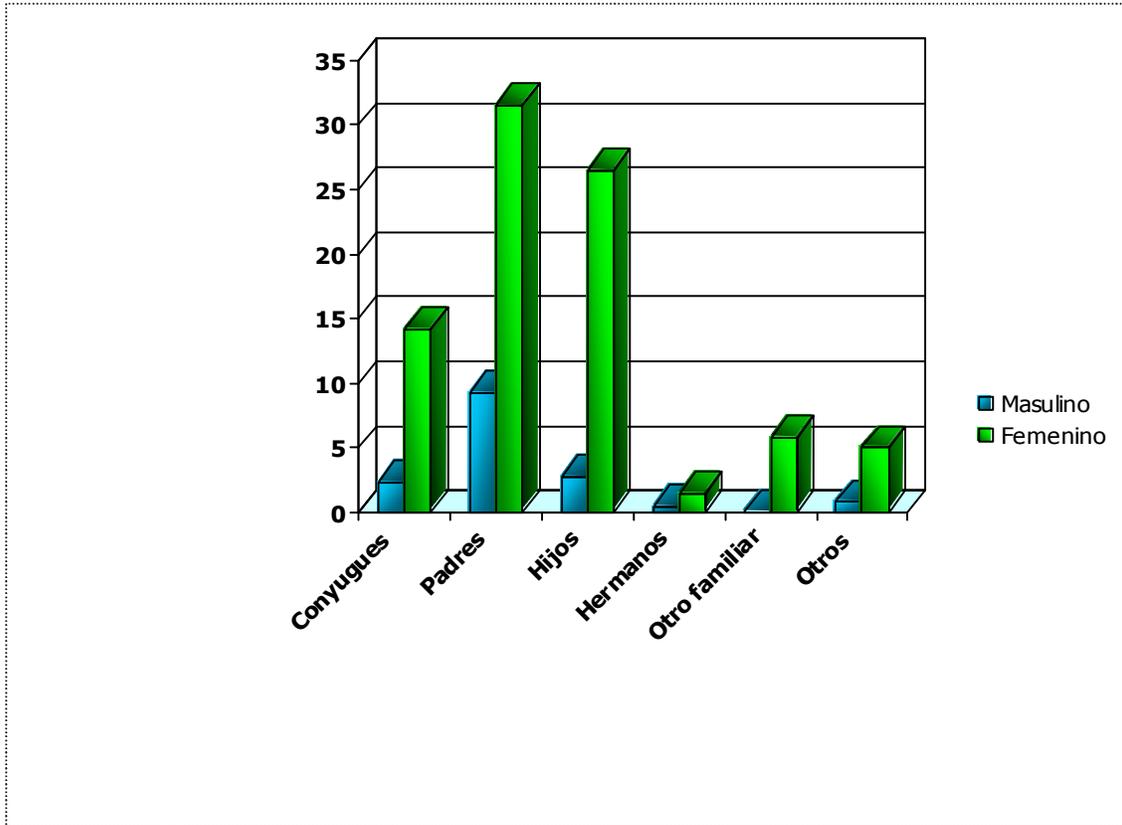
Los que no están afiliados a ningún tipo de servicio médico son 82 (31.5%) personas, 69 mujeres y 13 hombres; 166 (63.8%) están afiliados al IMSS, 139 mujeres y 27 hombres; 9 (3.5%) al ISSSTE, en su total son mujeres; 2 (.8%) mujeres a Hospital privado, y una mujer (.4%) a Hospital de asistencia social.

160 (61.5%) de los participantes son católicos, 139 mujeres y 21 hombres; 61 (23.5%) son cristianos no católicos, 56 mujeres y 5 hombres; 29 (11.2%) marcaron ninguno, 17 mujeres y 12 hombres; 10 (3.8%) indicaron otro, 8 mujeres y 2 hombres.

El 56.5 % (147) viven con pareja e hijos, 118 mujeres y 29 hombres; 16.2 % (42) con su pareja, 34 mujeres y 8 hombres; 12.7% (33) con padres y hermanos, 31 mujeres y 2 hombres; 12 (4.6%) mujeres viven con los padres; 7 (2.7%) mujeres viven solas; y 19 (7.3%) marcaron otro, 18 mujeres y un hombre.

Relación que los cuidadores tienen con el paciente: 2.3% (6) son esposos, 14.2 % (37) son esposas, 9.25 (24) son padres, 31.5% (82) son madres, 2.7% (7) hijos, 26.5% (69) hijas, .4% (1) hermanos, 1.5% (4) hermanas, 5.8% (15) otros familiares ( 5 abuelas, 10 nietas, 3 sobrinas, una madrastra y una familiar), 5.8% (15) otros (3 novias, 2 amigos, 10 amigas). Se puede tener una apreciación mejor de estos datos en la gráfica 7:

**Gráfica 7.** Relación que los cuidadores tienen con el paciente



215 (82.7%) de los cuidadores recibieron la notificación del padecimiento del enfermo directamente del médico, 34 (13.1%) la recibió de un familiar, 11(4.2%) son amigos del paciente y recibieron la notificación de un familiar del paciente.

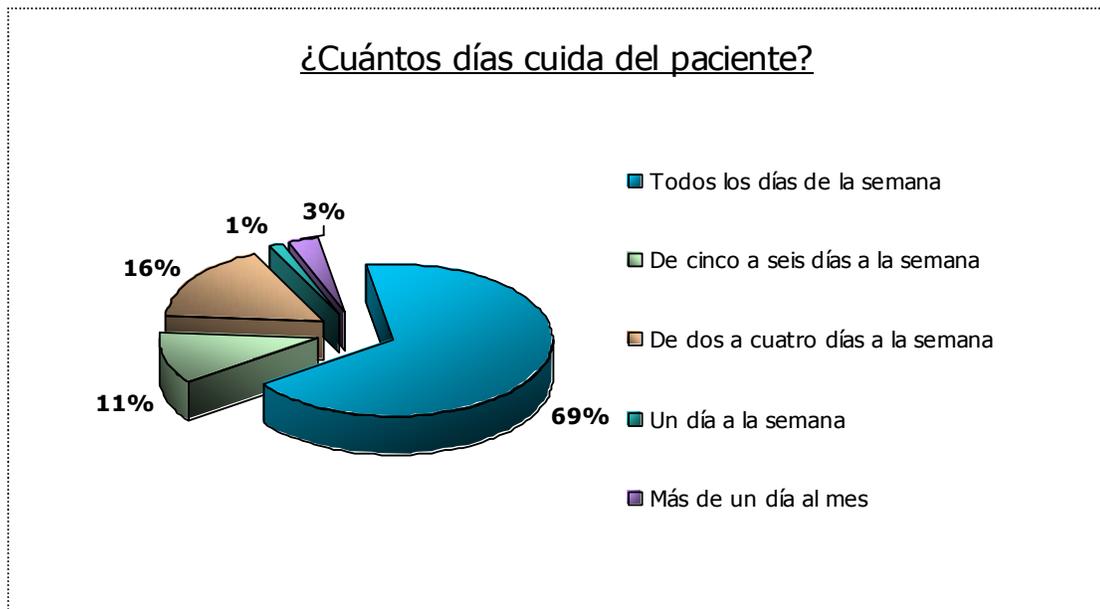
El tiempo de conocer el diagnostico fluctúa entre 1 y 420 meses (35 años) con un promedio de 29 meses.

El tiempo de conocer la Notificación de la gravedad va de 1 a 120 meses (10 años) con un promedio de 19 meses.

El tempo de cuidar del paciente tiene un período un mínimo de 1 mes y uno máximo de 180 meses (15 años).

El tiempo que el cuidador dedica al paciente se distribuye en los siguientes porcentajes: todos los días 174 cuidadores (66.9%), 152 mujeres y 22 hombres; de cinco a seis días a la semana 30 (11.5%), 28 mujeres y 2 hombres; de dos a cuatro días 44 (16.9%), 31 mujeres y 13 hombres; un día por semana 4 (1.5%), 3 mujeres y 1 hombre; más de un día al mes 8 (3.1%), 6 mujeres y 2 hombres. Para una mejor apreciación se presenta la grafica 8:

**Gráfica 8.**



A parte del cuidador el número de personas que cuidan también del paciente va de 1 a 8 personas, con un promedio de 2.

Experiencia previa, los participantes se han visto en esta situación de 1 a 10 ocasiones, con un promedio de 3.

De los trastornos de salud que los participantes atribuyen al estrés, los porcentajes se presentan como sigue: Cardiovasculares, 66.2% (172), 159 mujeres y 13 hombres; Respiratorios, 38.9% (96), 90 mujeres y 6 hombres; Gastrointestinales, 53.8%(140), 130 mujeres y 10 hombres; Musculares, 64.6% (168) 156 mujeres y

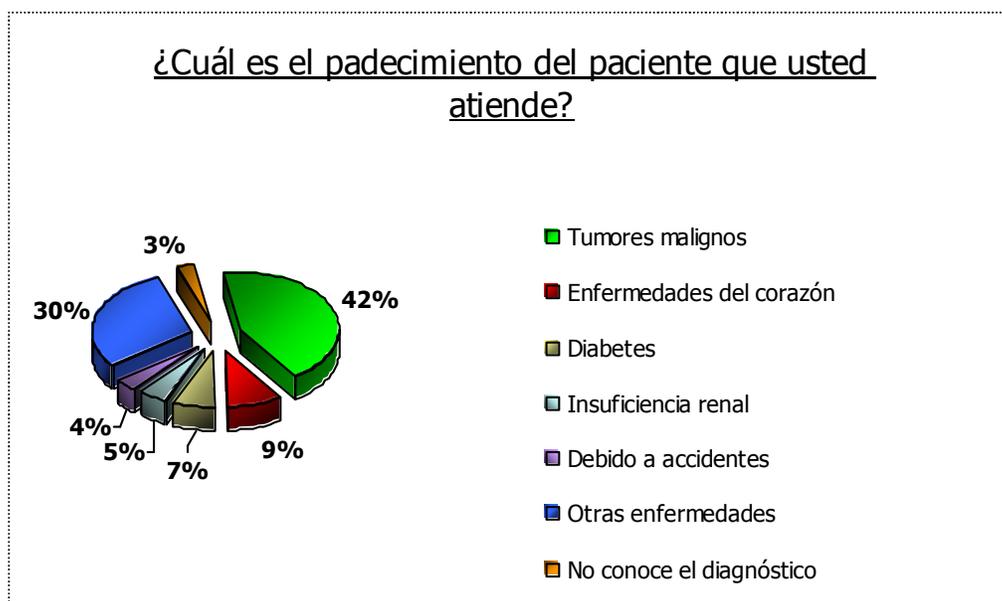
16 hombres; Dermatológicos, 15.8% (41), 40 mujeres y un hombre; Sexuales, 29.2% (76), 74 mujeres y 2 hombres.

Los que refieren haber tenido otro tipo de trastornos, 3.1% (8) y en su total son mujeres; de las cuales 1.5% (4) padecen Diabetes, .8% (2) Infecciones y .8% (2) otras enfermedades.

Permisos por incapacidad. Sólo el 5% (13) de los curadores han tenido permisos por incapacidad, los motivos han sido: 11 (4.2%) por enfermedad, 9 mujeres y 2 hombres; y 2 (.8%) por accidente de trabajo, una mujer y un hombre.

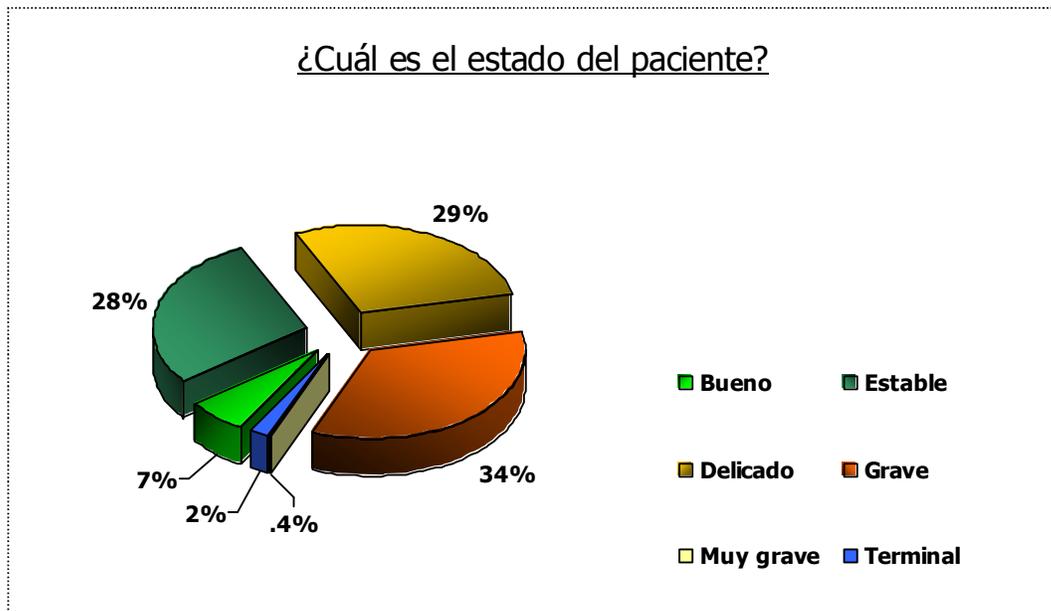
Las características de los enfermos que son atendidos por los cuidadores entrevistados son las siguientes: Diagnostico de los paciente a cargo de los cuidadores es: 114 (43%) de los participantes cuida a pacientes con Tumores malignos, 77 (29.6%) a pacientes de diferentes tipos de enfermedades, 23 (8.8%) con enfermedades del corazón, 18 (6.9%) con diabetes, 12 (4.6%) con insuficiencia renal, 9 (3.5%) debido a accidentes, 7 (2.7%) no conoce el diagnostico. Se tiene una mejor apreciación en la gráfica 9:

**Gráfica 9.**



Como se puede observar en la gráfica 10, el estado de los pacientes a cargo de los curadores es: en estado terminal 5 (1.9%), muy grave 1 (.4%), grave 88 (33.8%), un poco grave 2 (.8%), delicado 74 (28.5%), estable 65 (25%), regular, 8 (3.1%), bueno 17 (6.5%).

**Gráfica 10.**



Las instituciones a las que acuden los paciente a cargo de los cuidadores son: 57 (21.9%) en Hospitales de asistencia social, 156 (60%) en el IMSS, 42 (16.2%) en el ISSSTE, 3 (1.2%) en Hospital privado, 2 (.8%) con médico particular.

#### **4.2. Descripción de datos generales**

En primer lugar, se realizaron crosstabs para saber cómo se relacionan los datos generales de los participantes. Los datos considerados, sexo, ocupación, religión, institución médica a la que se está afiliado, cuántos días de cuidado del paciente, trastornos de salud, permiso por incapacidad, motivo de incapacidad

**Tabla 1. Cruce entre ocupación y sexo**

			Sexo		Total
			1 Femenino	2 Masculino	
Ocupación	1 Empleado	Frecuencia	<b>72</b>	<b>25</b>	97
	2 Oficio		<b>16</b>	<b>14</b>	30
	3 Hogar		115	0	115
	4 Desempleado		17	1	18
Total			220	40	<b>260</b>

**Tabla 2. Cruce entre Religión y Sexo**

			Sexo		Total
			1 Femenino	2 Masculino	
Religión	1 Católico	Frecuencia	<b>139</b>	<b>21</b>	160
	2 Cristiano no católico		56	5	61
	3 Otro		8	2	10
	4 Ninguno		17	12	29
Total			220	40	<b>260</b>

**Tabla 3. Cruce entre ¿A que institución o seguro de servicio médico esta usted afiliado? y Sexo**

			Sexo		Total
			1 Femenino	2 Masculino	
¿A que institución o seguro de servicio médico esta usted afiliado?	1 Ninguno	Frecuencia	<b>69</b>	<b>13</b>	82
	2 Hospital de asistencia social		1	0	1
	3 IMSS		<b>139</b>	<b>27</b>	166
	4 ISSSTE		9	0	9
	5 Hospital privado		2	0	2
Total			220	40	<b>260</b>

**Tabla 4. Cruce entre ¿Cuántos días cuida usted del paciente? y Sexo**

			Sexo		Total
			1 Femenino	2 Masculino	
¿Cuántos días cuida usted del paciente?	2 Más de un día al mes	Frecuencia	6	2	8
	3 Un día por semana		3	1	4
	4 De dos a cuatro días a la semana		31	13	44
	5 De cinco a seis días a la semana		28	2	30
	6 Todos los días		<b>152</b>	<b>22</b>	174
Total			220	40	<b>260</b>

**Tabla 5. Cruce entre Cardiovasculares y Sexo**

			Sexo		Total
			1 Femenino	2 Masculino	
Cardiovasculares	1 Si	Frecuencia	<b>159</b>	13	172
	2 No		61	27	88
Total			220	40	<b>260</b>

**Tabla 6. Cruce entre Respiratorios y Sexo**

			Sexo		Total
			1 Femenino	2 Masculino	
Respiratoria	1 Si	Frecuencia	<b>90</b>	6	96
	2 No		130	34	164
Total			220	40	<b>260</b>

**Tabla 7. Cruce entre Gastrointestinales y Sexo**

			Sexo		Total
			1 Femenino	2 Masculino	
Gastrointestinales	1 Si	Frecuencia	<b>130</b>	10	140
	2 No		90	30	120
Total			220	40	<b>260</b>

**Tabla 8. Cruce entre Musculares y Sexo**

			Sexo		Total
			1 Femenino	2 Masculino	
Musculares	1 Si	Frecuencia	<b>152</b>	16	168
	2 No		68	24	92
Total			220	40	<b>260</b>

**Tabla 9. Cruce entre Dermatológicos y Sexo**

			Sexo		Total
			1 Femenino	2 Masculino	
Dermatológicos	1 Si	Frecuencia	<b>40</b>	1	41
	2 No		180	39	219
Total			220	40	<b>260</b>

**Tabla 10. Cruce entre Sexuales y Sexo**

			Sexo		Total
			1 Femenino	2 Masculino	
Sexuales	1 Si	Frecuencia	<b>74</b>	2	76
	2 No		146	38	184
Total			220	40	<b>260</b>

**Tabla 11. Cruce entre ¿ha tenido algún permiso por incapacidad? y Sexo**

			Sexo		Total
			1 Femenino	2 Masculino	
Durante el tiempo que usted ha cuidado del paciente ¿ha tenido algún permiso por incapacidad?	1 Si	Frecuencia	<b>10</b>	3	13
	2 No		<b>210</b>	37	247
Total			220	40	<b>260</b>

**Tabla 12. Cruce entre ¿cuál fue el motivo? y Sexo**

			Sexo		Total
			1 Femenino	2 Masculino	
Motivo de la incapacidad	1 Enfermedad	Frecuencia	<b>9</b>	2	11
	2 Accidente de trabajo		1	1	2
Total			10	3	<b>13</b>

Como se puede ver, la muestra estuvo constituida por 260 cuidadores, de los cuales las mujeres representan el 84.6% (220) y los hombres el 15.4% (40) restante de la muestra. Sus edades fluctuaban entre los 17 y los 76 años, con un promedio de edad de 36 años. El 61.5% son casados, de los cuales 128 son mujeres y 32 son hombres; el 20% son solteros, 4 mujeres y 3 hombres; el 11.9% están en unión libre, 23 mujeres y 3 hombres; el 3.5% están separados, 8 mujeres y un hombre, 2.3% son viudos, 5 mujeres y un hombre; y 0.8% son divorciados, y en su total son mujeres. Casi todos los hombres del estudio tienen una ocupación remunerada (39 de los 40), sin embargo, es considerable la cifra de mujeres que

tienen una ocupación remunerada (88 de 220). La mayoría tanto de hombres como mujeres son católicos (139 mujeres y 21 hombres).

La mayoría de los cuidadores están afiliados al IMSS (139 mujeres y 27 hombres), sin embargo 60 mujeres y 13 hombres no cuentan con servicio médico. La mayoría atienden todos los días al enfermo (152 mujeres y 22 hombres). En la mayoría se presenta trastornos cardiovasculares (159 mujeres y 13 hombres), gastrointestinales (130 mujeres y 10 hombres), Musculares (152 mujeres y 16 hombres). Más de un tercio de presenta trastornos respiratorios (90 mujeres y 10 hombres), un poco menos de un tercio presenta trastornos sexuales (74 mujeres y 2 hombres).

El 8.5% (22) de los cuidadores no recibió apoyo social de ningún tipo (material, informacional y emocional), en contraste con el 91.5 % (238) que recibieron lo recibieron. De los que sí recibieron apoyo social el 90% (234) percibe el apoyo social de insatisfecho a totalmente insatisfecho, contra un 1.5% (4) que lo percibe de satisfecho a totalmente satisfecho.

El 35.8% (93) manifiesta un estado emocional negativo, contra un 64.2 % (167) muestra un estado emocional positivo.

Por último, muy pocos cuidadores pidieron permiso por incapacidad (10 mujeres y 3 hombres), y estos han sido debido a enfermedad (9 mujeres y 2 hombres) y accidentes (una mujer y un hombre).

#### **4.3. Estadísticas descriptivas**

Se corrieron, frecuencias, medias, desviación estándar de cada uno de los reactivos de las escalas de estado emocional, situaciones estresantes, afrontamiento y burnout. Estos datos se unieron a las tablas correspondientes a los factores de cada escala, las cuales se muestran en el siguiente apartado. Sólo

se tomaron en cuenta los estadísticos descriptivos para los reactivos contenidos en la estructura del factorial resultante para cada constructo, siendo estos últimos los que permanecieron después de la validez y la confiabilidad.

#### 4.4. Análisis factorial

##### Análisis factorial de la escala de estado emocional.

Se realizó un análisis factorial con rotación varimax para la escala de estado emocional el cual resultó ser unifactorial, es decir que indicó un solo factor explica el 51.6% de la varianza total, con un alfa de cronbach's de 0.927( en 3 interacciones). De manera que esta escala permanece con los 14 reactivos que la componen.

**Tabla 23. Factorial de la escala de Estado Emocional**

<b>Estado emocional alfa = 0.927</b>	Mean	Std. Deviation	Peso factorial
edo_emo1 Pesimista-Optimista	4.11	1.248	.753
edo_emo2 Frustrado(a)-Satisfecho(a)	4.04	1.272	.815
edo_emo3 Inconforme-Conforme	4.11	1.228	.384
edo_emo4 Intranquilo(a)-Tranquilo(a)	3.93	1.319	.778
edo_emo5 Confundido(a)-Seguro(a)	4.11	1.276	.777
edo_emo6 Desalentado(a)-Esperanzado(a)	4.44	1.294	.316
edo_emo7 Triste-Animado(a)	3.88	1.524	.427
edo_emo8 Distraído(a)-Receptivo(a)	3.85	1.267	.606
edo_emo9 Incapaz-Capaz	4.71	1.052	.491
edo_emo10 Enojado(a)-Sereno(a)	4.13	1.425	.272
edo_emo11 Ineficaz-Eficaz	4.18	1.154	.164
edo_emo12 Desolado(a)-Confortado(a)	3.97	1.325	.646
edo_emo13 Ansioso(a)-Relajado(a)	3.87	1.449	.672
edo_emo14 Frágil-Fuerte	4.40	1.406	.304

##### Análisis Factorial de la escala de Situaciones Estresantes

El análisis factorial realizado para la escala de situaciones estresantes, la cual indicó un solo factor que explica el 41.3% de la varianza total, con un alfa de

cronbach's de 0.923 (en 7 interacciones), al igual que la anterior esta escala permanece con los 20 reactivos que la componen.

**Tabla 24. Factorial de la escala de Situaciones Estresantes**

<b>Situaciones Estresantes alfa = 0.923</b>	Media	Desviación estándar	Peso factorial
"Romper con las actividades cotidianas"	1.53	1.045	.187
"Ponerse de acuerdo con alguien más"	1.22	1.136	.198
"Descansar menos tiempo de lo acostumbrado"	1.43	1.101	.410
"Trasladarse de su hogar para ir al hospital"	1.22	1.109	.242
"No descansar las noches en que acompaña al paciente"	1.17	1.021	.175
"Recibir los resultados de estudios y(o) análisis del paciente"	1.57	1.090	-.010
"Acompañar a las consultas al paciente"	.97	1.045	.115
"Las constantes visitas al hospital"	1.04	1.102	.222
"Llegar a tiempo a las consultas y tratamientos"	1.03	.968	.296
"El estado de salud del paciente"	2.20	.939	.110
"No saber qué hacer"	2.02	1.065	.185
"No poder atender las labores de su hogar"	1.34	.999	.585
"Sentirse agotado(a)"	1.58	.996	.590
"Ver disminuidos sus recursos económicos"	1.37	1.025	.715
"No tener tiempo para usted"	1.08	.972	.763
"La carga de trabajo"	1.63	1.018	.379
"No contar con los recursos para atender al paciente"	1.71	1.090	.580
"Tener que ponerse al corriente en las labores domésticas en vacaciones y días de ocio"	1.01	.950	.768
"No comer adecuadamente y a deshoras"	1.35	1.053	.566
"No saber cómo atender al paciente"	1.92	1.076	.280

### **Análisis Factorial de la escala de Afrontamiento**

Se realizó un análisis factorial para la escala de afrontamiento, la cual mostró la existencia de 10 factores que explican el 68% de la varianza total (en 7 interacciones). De los 10 factores sólo 5 obtuvieron un alfa mayor de 0.650, los cuales explican 49.7% de la varianza. Esta escala estaba compuesta por 35 reactivos, ahora queda conformada por 23 reactivos. Para afrontamiento orientado a la emoción se encontraron 3 factores que lo definen. El afrontamiento orientado al problema esta determinado por un factor, al igual que el afrontamiento mixto. En

la tabla siguiente se puede observar la media, la desviación estándar y el peso factorial y el alfa si el reactivo es eliminado.

**Tabla 13. Factorial de la escala de Afrontamiento**

<b>Afrontamiento orientado a la emoción</b>			
<b>Atención selectiva Alfa= 0.750</b>	Media	Desviación estándar	Peso factorial
"Sueña o imagina otro tiempo y otro lugar mejor que el presente"	.78	.890	.77
"Desea que la situación se desvanezca o que termine de algún modo"	1.73	1.085	.77
"Fantasea e imagina el modo en que podía cambiar las cosas"	1.18	1.115	.76
"Se imagina situaciones agradables, lejanas al hecho de ser cuidador(a)"	.85	.932	.56
<b>Evitación alfa=0.789</b>			
"Se concentra en el trabajo o en otra actividad para olvidarse de todo lo demás"	.56	.740	.82
"Intenta olvidarse de todo"	.50	.788	.740
"Piensa menos en el problema y se concentra en otras cosas"	.50	.758	.708
"Trata de pensar que realmente no hay problema"	.72	.890	.46
"Duerme más de lo habitual"	.55	.848	.42
"Busca distraerse"	1.00	.926	.47
<b>Distanciamiento alfa=0.808</b>			
"Intenta guardar para usted sus sentimientos"	1.13	.958	.79
"Oculta a los demás lo mal que van las cosas"	.91	.970	.88
"Evita estar con la gente en general"	.67	.809	.78

<b>Afrontamiento orientado al problema alfa=0.830</b>	Media	Desviación estándar	Peso factorial
"Busca información sobre el padecimiento del paciente"	1.22	.991	.380
"Desarrolla un plan de acción y lo sigue"	1.04	.997	.570
"Primero se tranquiliza y luego piensa lo que va hacer"	1.52	.881	.84
"Intenta resolver una por una las dificultades que se le presentan"	1.72	.835	.85
"Trata de comprender la situación del paciente para saber cómo actuar"	1.93	.814	.77

<b>Afrontamiento mixto: búsqueda de apoyo social alfa=0.822</b>	Media	Desviación estándar	Peso factorial
"Busca la ayuda de algún profesional"	.77	1.021	.78
"Le cuenta a alguien como se siente"	1.16	.952	.53
"Habla con alguien para averiguar más sobre el padecimiento del paciente"	1.26	.942	.78
"Habla con alguien que puede ayudarlo a saber que hacer"	1.26	1.021	.83
"Pregunta a algún pariente o amigo "	.78	.934	.70

## Análisis Factorial de la escala de burnout

Se realizó un análisis factorial para la escala de burnout, la cual mostró la existencia de 6 factores que explican el 66.7% de la varianza total. De los 6 factores sólo 3 obtuvieron un alfa mayor de 0.650, los cuales explican 49.6% de la varianza. Esta escala estaba compuesta por 23 reactivos, ahora queda conformada por 15 reactivos. En la tabla siguiente se puede observar la media, la desviación estándar y el peso factorial y el alfa si el reactivo es eliminado.

**Tabla 14. Factorial de la escala de Burnout**

<b>Burnout: síntomas físicos de estrés</b> <b>alfa = 0.841</b>	Media	Desviación estándar	Peso factorial
"Se siente emocionalmente agotado(a) por ser cuidador(a)"	2.90	2.292	.763
"Se siente cansado(a) después de haber estado con el paciente"	2.87	2.327	.759
"Se siente fatigado cuando se levanta por la mañana y tiene que ir con el paciente"	2.64	2.318	.78
"Trabajar todo el día con el paciente es un esfuerzo"	1.80	2.204	.638
"Se siente con "sobrecarga emocional " por ser cuidador(a)"	2.52	2.357	.638

<b>Burnout: falta de realización personal</b> <b>alfa = 0.828</b>	Media	Desviación estándar	Peso factorial
"Trata eficazmente los problemas del paciente"	3.72	2.101	.68
"Cree que influye positivamente con su labor en la vida de las personas"	2.03	2.396	.76
"Puede crear fácilmente una atmósfera relajada con el paciente"	3.51	2.138	.70
"Se siente estimulado(a) después de estar con el paciente"	2.07	2.504	.82
"Ha conseguido muchas cosas útiles al cuidar del paciente"	2.17	2.527	.82

<b>Burnout: síntomas de depresión</b> <b>alfa = 0.799</b>	Media	Desviación estándar	Peso factorial
"Se siente triste"	3.39	2.091	.69
"Se siente deprimido"	2.70	2.139	.78
"Trabajar directamente con personas le produce estrés"	1.10	1.690	.66
"Se siente frustrado por ser cuidador(a)"	.93	1.598	.71
"Se siente acabado"	1.60	1.996	.62

## 4.5. Correlación

En la siguiente tabla de correlación, se presentan las correlaciones obtenidas entre los factores de afrontamiento y los factores de burnout, las variables de afectación (material, salud y emocional, la situación estresante, las evaluaciones de estrés y riesgo, y tiempo que se dedica a cuidar del paciente.

Tabla 15. Correlación de factores

	tiem_ded	afecta_1	afecta_2	afecta_3	ev_estr	ev_riesg	tan_crey	Sit_rec	afronbas	afronsp	afronas	afronev	afrondis	burnfrp	burnsfe	burndep
tiem_ded		.188**							.206**							
afecta_1			.244**	.390**	.235**	.415**		.402**				-.220**	.265**			
afecta_2				.483**	.466**	.426**		.454**			.218**				.284**	.220**
afecta_3					.594**	.621**		.531**			.314**		.258**		.360**	.346**
ev_estr						.754**		.520**			.294**		.210**		.552**	.331**
ev_riesg								.568**			.313**		.199**		.470**	.378**
tan_crey													-.210**			
sit_rec											.351**	.193**	.361**		.556**	.513**
afronbas										.243**	.177**	.226**	-.250**	.330**		
afronsp														.272**		
afronas												.418**		.181**		.438**
afronev																.375**
afrondis														-.271**	.360**	.302**
burnfrp																
burnsfe																.506**
burndep																

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Como puede observarse la variable *afecta\_3* (¿sus estado emocional se ha afectado?) correlaciona positivamente con *ev\_estr* (¿es estresante para usted?) y con *ev\_riesg* (¿ha puesto en riesgo, actualmente, de alguna el bienestar de usted?). *ev\_estr* se correlaciona positivamente con *ev\_riesg*, y esta variable se correlaciona positivamente con *sit\_rec* (situación estresante). Y ésta tiene una correlación positiva con *burnsfe* (síntomas físicos de estrés) y con *burnde* (síntomas de depresión).

En la siguiente tabla de correlación, se presentan las correlaciones obtenidas entre el apoyo social percibido (totalmente satisfactorio - totalmente insatisfactorio), el estado emocional (negativo - positivo) y las variables de afectación (material, salud y emocional, la situación estresante, las evaluaciones de estrés y riesgo, y tiempo que se dedica a cuidar del paciente).

**Tabla 16. Correlación de apoyo social percibido y estado emocional**

	tiem_ded	afecta_1	afecta_2	afecta_3	ev_estr	ev_riesg	tan_crey	Asp_tin	Asp_tsa	aspau_ti	aspau_ts	edoemone	edoemopo
tiem_ded													
afecta_1												.162**	-.162**
afecta_2												.265**	-.265**
afecta_3												.379**	-.379**
ev_estr												.318**	-.318**
ev_riesg												.274**	-.274**
tan_crey													
Asp_tin													
Asp_tsa													
aspau_ti													
aspau_ts													
edoemone													
edoemopo													

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

En esta tabla de correlación se nota que las variables de afect\_1 (¿su economía se ha visto afectada?), afect\_2 (¿su salud se ha deteriorado?), afect\_3 (¿su estado emocional se ha afectado?) corelacionan positivamente con el estado emocional negativo; de la misma forma que ev\_estr (¿es estresante para usted?), y ev\_riesg (¿ha puesto en riesgo, actualmente, de alguna manera el bienestar (económico, físico, emocional) de usted?).

En la siguiente tabla de correlación, se presentan las correlaciones obtenidas entre el apoyo social percibido (totalmente satisfactorio - totalmente insatisfactorio), el estado emocional (negativo - positivo) con los factores de afrontamiento y los factores de burnout.

**Tabla 17. Correlación de factores con apoyo social percibido y estado emocional**

	Asp_tin	Asp_tsa	aspau_ti	aspau_ts	edoemone	edoemopo	afronbas	afronsp	afronas	afronev	afrondis	burnfrp	burnsfe	burndep
Asp_tin														
Asp_tsa														
aspau_ti														
aspau_ts														
edoemone											.304**		.327**	.428**
edoemopo											-.304**		-.327**	-.428**
afronbas														
afronsp														
afronas a														
afronev														
afrondis														
burnfrp														
burnsfe														
burndep														

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Puede notarse en la tabla que existe una correlación positiva entre el estado emocional negativo (edoemone) y el distanciamiento (afrondis), y que este a su vez se correlaciona negativamente con el estado emocional positivo (edoemopo). Por otra parte, el estado emocional negativo tiene una correlación positiva con los síntomas físicos de estrés (burnsfe) y los síntomas de depresión (burndep).

#### 4.6. Análisis de varianza

Se realizó un análisis de varianza de una sola vía con el propósito de conocer si existían diferencias significativas. En seguida se muestran las diferencias encontradas en las dimensiones de afrontamiento por sexo.

##### 4.6.1. Diferencias encontradas por sexo

Para saber si existen diferencias significativas por sexo se corrieron la prueba t para estado emocional, apoyo social percibido, burnout y afrontamiento.

#### Prueba t de Student

**Tabla 18. Diferencias del burnout con respecto al sexo**

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	p	F	df
Falta de realización personal	1 Femenino	212	14.03	8.94	.141	2.176	249
	2 Masculino	39	14.18	8.01			
Síntomas físicos de estrés	1 Femenino	207	14.81	8.60	.000	21.332	240
	2 Masculino	35	6.97	4.65			
Síntomas de depresión	1 Femenino	206	11.28	6.84	.003	9.181	234
	2 Masculino	30	6.43	4.21			

Se encontró diferencia significativa en el factor síntomas físicos de estrés ( $t = 5.254$ , gl. 240 y  $p$  menor a .01); y para síntomas de estrés ( $t = 3.775$ , gl. 234 y  $p$

menor a .01) del burnout. Lo cual significa que las mujeres tienden a presentar síntomas físicos de estrés y síntomas de depresión con mayor frecuencia que los hombres.

**Tabla 19. Diferencias de afrontamiento con respecto al sexo**

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	p	F	df
Búsqueda de apoyo social	1 Femenino	200	5.59	3.470	.130	.926	235
	2 Masculino	37	6.54	3.656			
Solución de problemas	1 Femenino	220	7.54	3.540	.221	2.662	258
	2 Masculino	40	6.80	3.220			
Atención selectiva	1 Femenino	202	5.28	2.894	.000**	14.006	235
	2 Masculino	35	3.20	1.587			
Evitación	1 Femenino	189	4.65	3.185	.703	3.910	211
	2 Masculino	24	4.92	3.955			
Distanciamiento	1 Femenino	177	3.42	2.235	.708	15.729	205
	2 Masculino	30	3.27	1.230			

Se encontró diferencia significativa en el factor de atención selectiva de afrontamiento orientado a la emoción ( $t = 4.146$ , gl. 235 y  $p$  menor a .01).

En la tabla se puede observar que las mujeres tienden a tener un afrontamiento orientado a la emoción mediante la atención selectiva con mayor frecuencia que los hombres.

No se encontró diferencia significativa para el estado emocional y el apoyo social percibido.

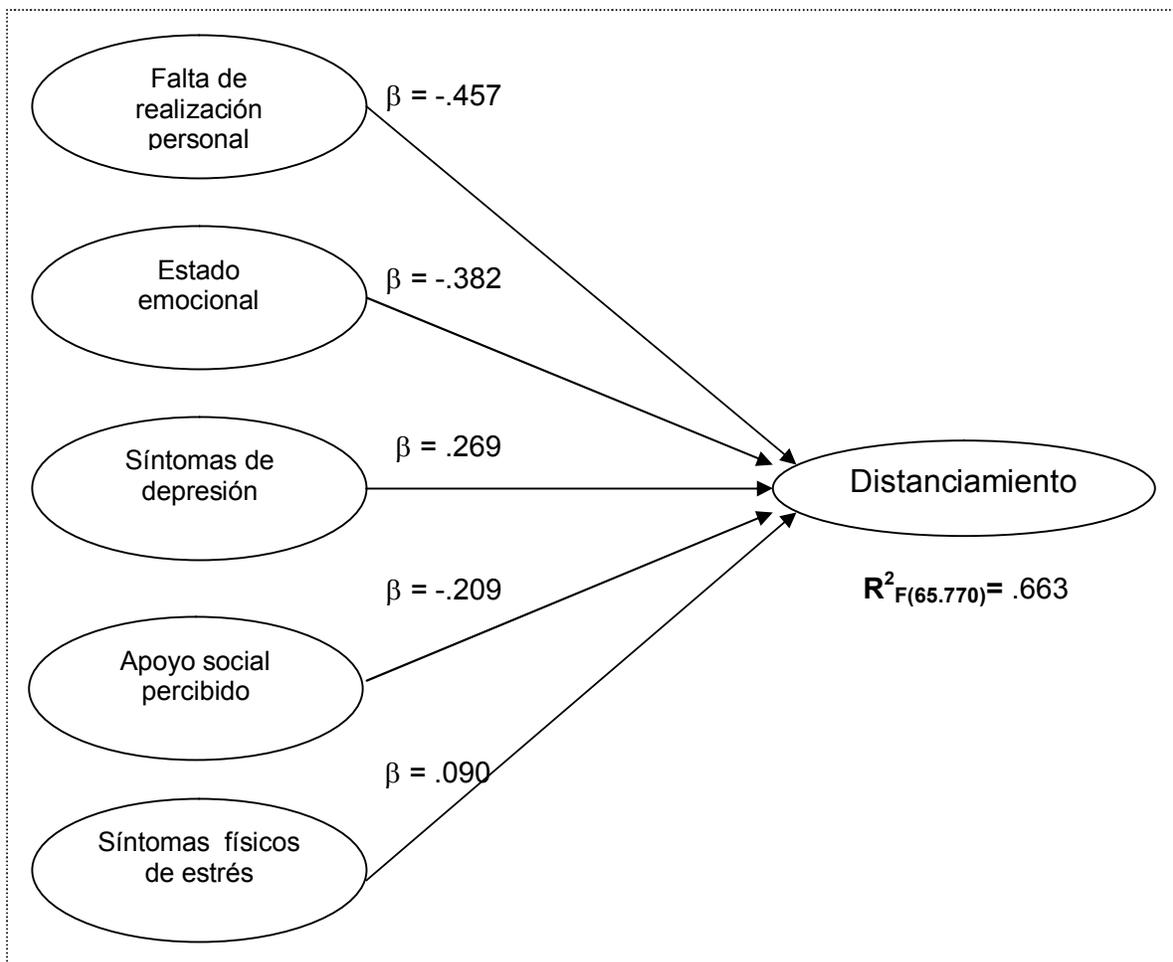
#### **4.7. Regresión**

Se realizaron análisis de regresión para cada una de las dimensiones de afrontamiento, tomando como variables independientes el estado emocional, la situación estresante, el apoyo social percibido y el burnout.

Para afrontamiento orientado a la emoción en la dimensión de distanciamiento el análisis mostró una  $R^2 = .663$ , quedando como variables predictoras la falta de realización personal, síntomas físicos de estrés, síntomas de depresión, el estado emocional y el apoyo social percibido. Donde los factores de burnout, falta de realización personal y síntomas de depresión son las variables predictoras de mayor peso para distanciamiento.

Abajo se muestran el esquema de la regresión realizada, en donde se tiene una mejor apreciación de cómo se relacionan las dimensiones del afrontamiento con los valores correspondientes de  $\beta$ .

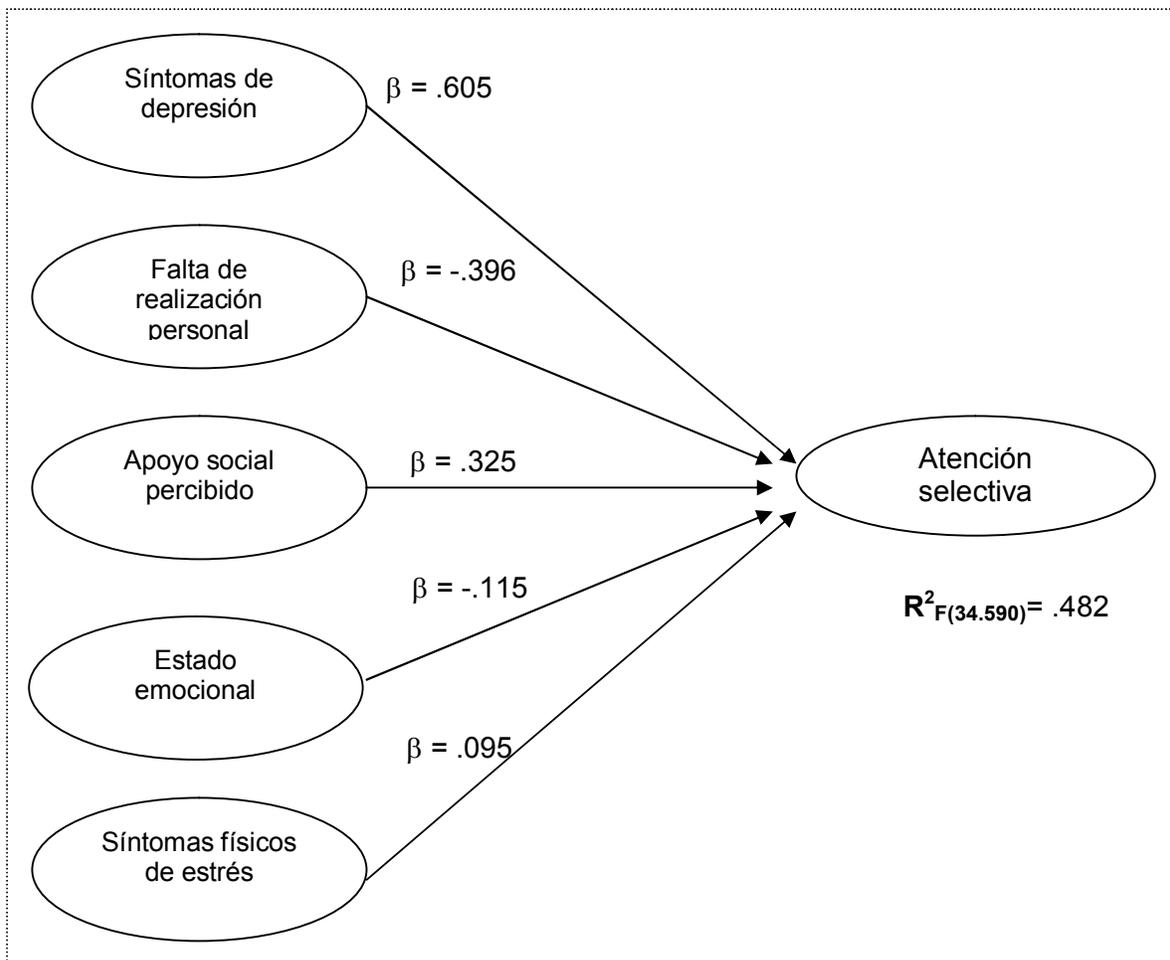
**Esquema 1. Modelo predictivo para distanciamiento**



Para afrontamiento orientado a la emoción en la dimensión de atención selectiva el análisis mostró una  $R^2 = .482$ , quedando como variables predictoras la falta de realización persona, síntomas físicos de estrés, síntomas de depresión, el estado emocional y el apoyo social percibido. En donde, los factores de burnout, síntomas de depresión y falta de realización personal son las variables predictoras de mayor importancia para atención selectiva.

Abajo se muestran el esquema de la regresión realizada, en donde se tiene una mejor apreciación de cómo se relacionan las dimensiones del afrontamiento con los valores correspondientes de  $\beta$ .

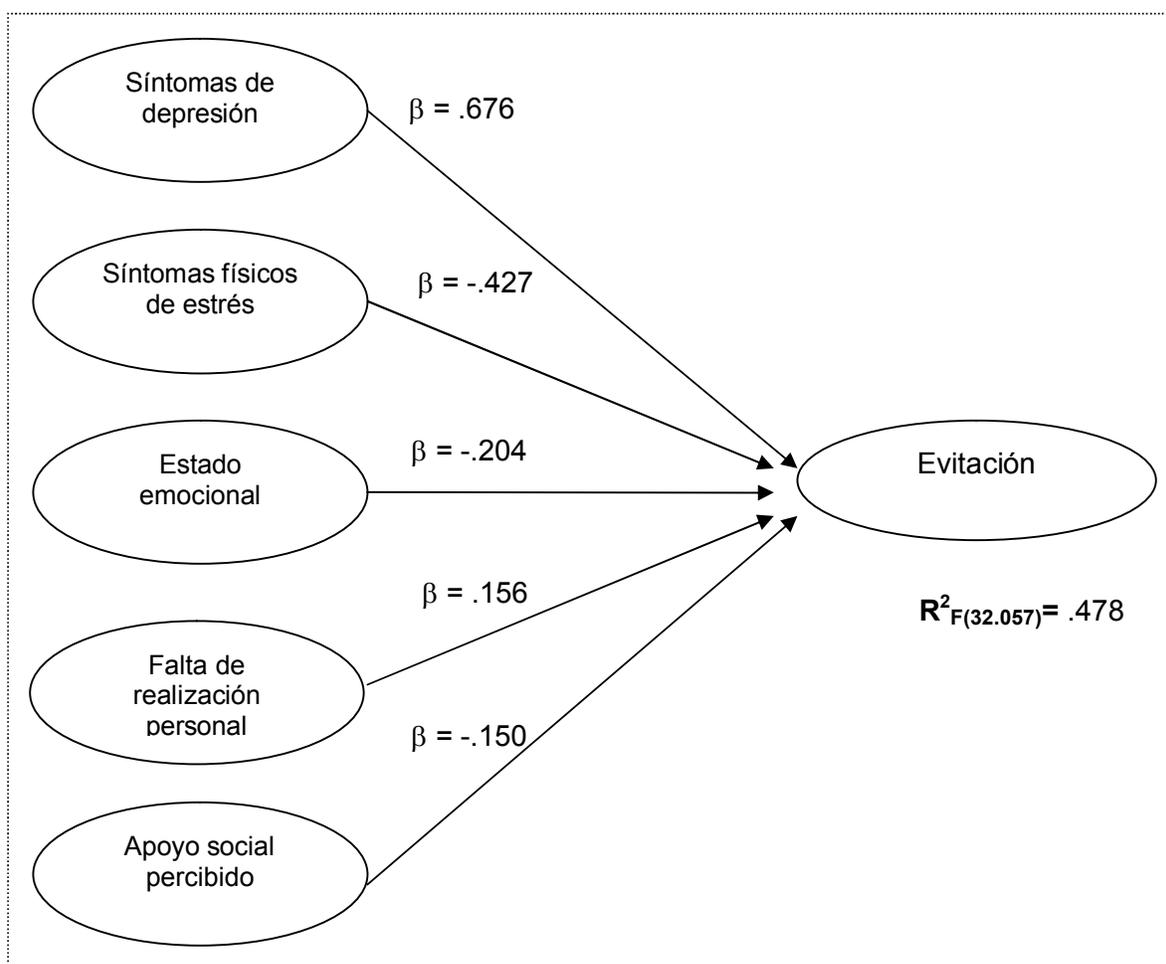
**Esquema 2. Modelo predictivo para atención selectiva**



Para afrontamiento orientado a la emoción en la dimensión de evitación el análisis mostró una  $R^2 = .478$ , quedando como variables predictoras la falta de realización persona, síntomas físicos de estrés, síntomas de depresión, el estado emocional y el apoyo social percibido. Para evitación las variables predictoras de mayor peso son los factores de burnout: síntomas de depresión y síntomas físicos de estrés.

Abajo se muestran el esquema de la regresión realizada, en donde se tiene una mejor apreciación de cómo se relacionan las dimensiones del afrontamiento con los valores correspondientes de  $\beta$ .

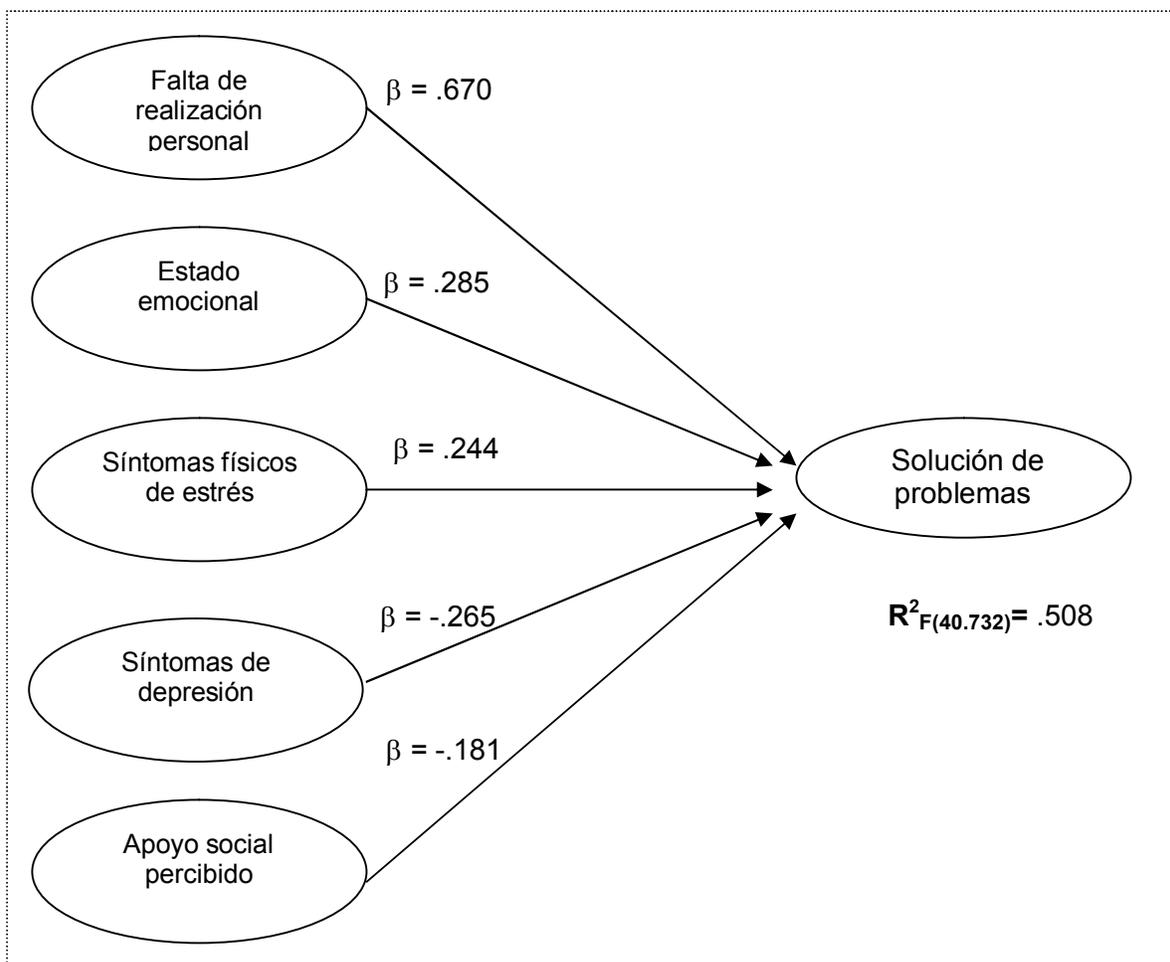
**Esquema 3. Modelo predictivo para evitación**



Para afrontamiento orientado al problema, solución de problemas, el análisis mostró una  $R^2 = .508$ , quedando como variables predictoras la falta de realización personal, síntomas físicos de estrés, síntomas de depresión, el estado emocional y el apoyo social percibido. En solución de problemas las variables predictoras de mayor importancia son falta de realización personal y síntomas físicos de estrés, que son factores de burnout.

Abajo se muestran el esquema de la regresión realizada, en donde se tiene una mejor apreciación de cómo se relacionan las dimensiones del afrontamiento con los valores correspondientes de  $\beta$ .

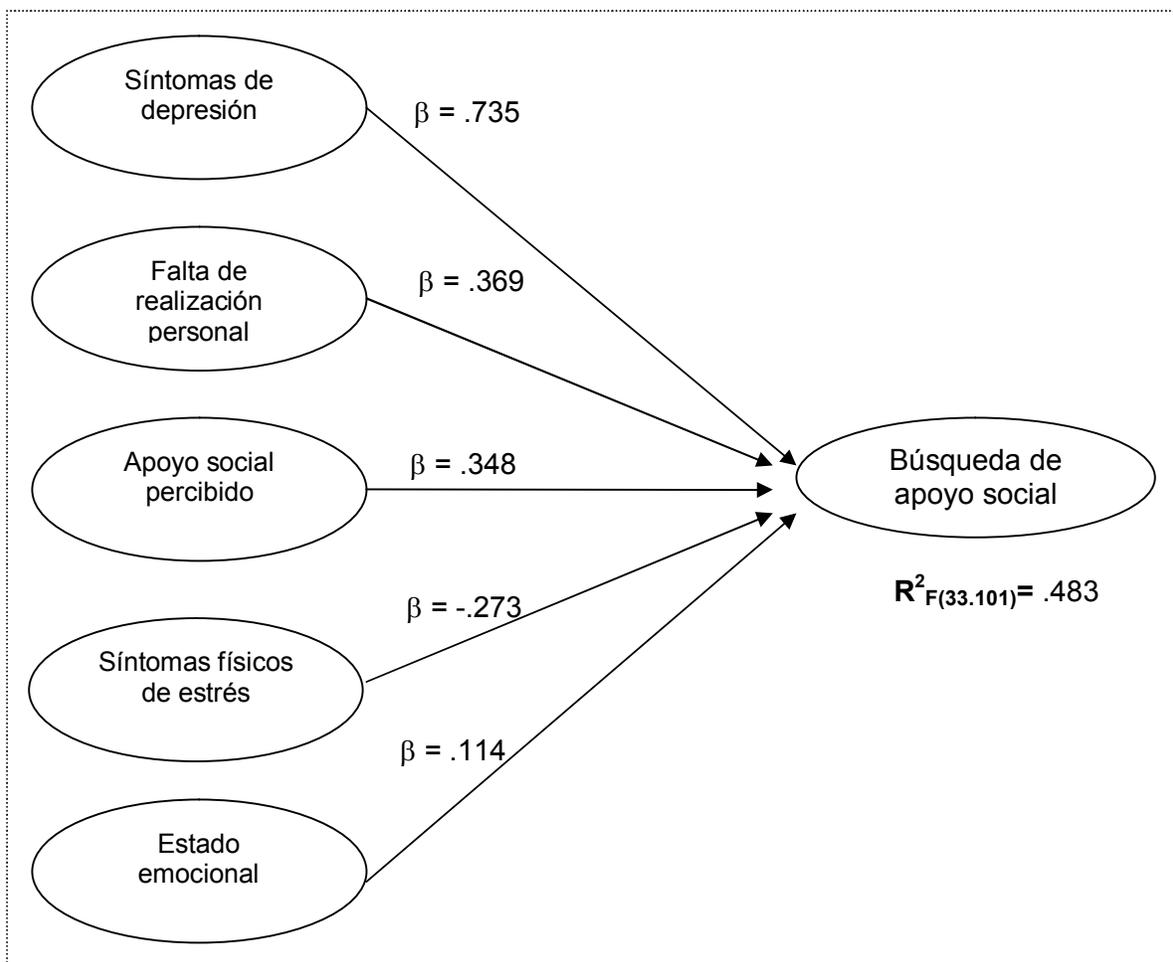
**Esquema 4. Modelo predictivo para solución de problemas**



Para afrontamiento mixto, búsqueda de apoyo social, el análisis mostró una  $R^2 = .483$ , quedando como variables predictoras la falta de realización persona, síntomas físicos de estrés, síntomas de depresión, el estado emocional y el apoyo social percibido. Para la búsqueda de apoyo social las variables predictoras de mayor peso son, también, factores de burnout, síntomas de depresión y falta de realización personal.

Abajo se muestran el esquema de la regresión realizada, en donde se tiene una mejor apreciación de cómo se relacionan las dimensiones del afrontamiento con los valores correspondientes de  $\beta$ .

**Esquema 5. Modelo predictivo para búsqueda de apoyo social**



## **5. Discusión**

### **Tablas cruzadas**

Mediante el análisis de tablas cruzadas se pudo ver a simple vista que las fuerzas básicas de los cuidadores están conformadas por mujeres y que el hombre toma el rol de curador cuando el es esposo, padre, o hijo del paciente. Las edades de los cuidadores son muy extremas aunque el promedio de edad sea de 36 años, hay gente muy joven o muy mayor. La mayoría atienden todos los días al enfermo. La mayoría de las mujeres están afiliadas al IMSS. Sin embargo, la mayoría de las mujeres presentan trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, musculares; un tercio trastornos respiratorios y un poco menos de un tercio presenta trastornos sexuales. No obstante muy una cifra muy baja de cuidadores pidió permiso por incapacidad.

### **Análisis factorial**

Recapitulando, los objetivos específicos de la investigación que fueron: conocer si el apoyo social percibido, el síndrome de sobrecarga emocional o burnout, si la evaluación de estrés y si un estado emocional positivo determinan el estilo de afrontamiento en los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo. Es importante mencionar que tres de estos objetivos se cumplieron. Aunque, las hipótesis no se confirmaron del todo.

Sin embargo la construcción de las escalas permitió medir: el estado emocional, las situaciones estresantes, el afrontamiento, el burnout y el apoyo social percibido. De manera que se pudieron obtener los constructos de las variables que conformaron el instrumento, después de la validez y confiabilidad, quedaron 14 reactivos para la escala de estado emocional (la cual conservo los reactivos que la

componen al igual que las situaciones estresantes), 20 para las situaciones estresantes, 23 para afrontamiento y 15 para burnout.

La escala de estado emocional se conformo de un solo factor, para este factor no se encontró diferencia significativa de acuerdo con el sexo de los cuidadores.

La escala de situaciones estresantes se conformo de un solo factor, en este factor tampoco se encontró diferencia significativa de a cuerdo al sexo.

La escala de afrontamiento se conformo por cinco factores. Para afrontamiento orientado a la emoción se compuso por tres factores: distanciamiento, atención selectiva y evitación. El afrontamiento orientado al problema esta determinado por un factor: solución de problemas. El afrontamiento mixto también está conformado por un solo factor: búsqueda de apoyo social. Y solo para la atención selectiva se encontró una diferencia significativa de acuerdo al sexo de los cuidadores, es decir que las mujeres tienden a tener un afrontamiento orientado a la emoción mediante la atención selectiva con mayor frecuencia que los hombres.

La escala de burnout se conformo de tres factores: falta de realización personal, síntomas físicos de estrés y síntomas de depresión. Para ninguno de los factores se encontró diferencia significativa.

## **Regresión**

Se realizaron diversos análisis de regresión para los factores de de afrontamiento con la finalidad de conocer cuales eran las variables predictoras para cada uno de los constructos de afrontamiento.

## Afrontamiento

Para el estilo orientado a la emoción, el cual se conforma por tres factores (distanciamiento, atención selectiva y evitación), se encontró para el distanciamiento que este es mayor a menos falta de realización personal, entre más negativo sea el estado emocional, a mayor síntomas de depresión, a mayor síntomas físicos de estrés y a menor insatisfacción del apoyo social percibido; lo anterior es comprensible pues entre más se acentúan el cansancio físico, la depresión, se experimenta mayor falta de realización personal y el estado de emocional decrece, por tanto se explica que los cuidadores tiendan al distanciamiento.

En cuanto a la atención selectiva se encontró que se tiende a ésta entre mayor sea la falta de realización personal, los síntomas físicos de estrés y depresión y un estado emocional negativo; lo cual no es difícil de comprender, sin embargo, los cuidadores también tienden a la atención selectiva a mayor satisfacción con el apoyo social, lo cual puede entenderse que cuando las personas reciben el apoyo que les es satisfactorio tienden a alejarse del problema no buscando solucionarlo y tienden a fantasear o imaginar situaciones más agradables.

Para la evitación se encontró que esta tiende a aumentar entre más son los síntomas de depresión, a mayor falta de realización personal, un estado de emocional negativo y una insatisfacción con el apoyo social recibido. Sin embargo, Los cuidadores tienden a la evitación cuando a menor presencia de los síntomas físicos de estrés; puede decirse que entre mejor se sienten físicamente evalúan que ellos están bien y por tanto no hay problema que resolver.

En cuanto al afrontamiento orientado al problema, solución de problemas, se encontró se tiende más a este estilo entre menos síntomas de depresión y un estado emocional positivo. Sin embargo, también se tiende a este a mayor falta de realización personal, síntomas físicos de estrés y una insatisfacción con el apoyo

social recibido; es decir que es necesario para algunos cuidadores llegar hasta sus propios límites para poder activarse y buscar una solución al problema.

Para el afrontamiento mixto, búsqueda de apoyo social, se encontró que se tiende a éste entre mayor es la satisfacción con el apoyo social recibido, un estado emocional positivo y menor síntomas físicos de estrés. Sin embargo, los cuidadores tienden a la búsqueda de apoyo social entre menos síntomas de depresión y de falta de realización personal; como ya se mencionó, parece que los cuidadores necesitan estar al borde del problema para buscar una solución.

Y solo para la atención selectiva se encontró una diferencia de acuerdo al sexo de los cuidadores, donde las mujeres muestran mayor tendencia a este estilo de afrontamiento que los hombres.

Por último es importante resaltar que los factores de burnout juegan un papel determinante en la predicción del estilo de afrontamiento, que los síntomas físicos de estrés, los síntomas de depresión y la falta de realización personal son variables predictivas de considerar en el estilo de afrontamiento que el cuidador presenta. Por otra parte, es notorio que el síndrome de sobrecarga emocional o burnout se hace presente en los cuidadores y no se presenta solo en trabajadores que experimentan un estrés constante como el personal médico.

## 6. Conclusiones

Recapitulando, una de la hipótesis del estudio fue la siguiente: Entre mayor satisfacción se tenga del apoyo social recibido por parte de los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo, será mayor la probabilidad de que se presente un estilo de afrontamiento orientado al problema o que se de un afrontamiento mixto.

Dicha hipótesis se pudo comprobar del todo sólo en parte, ya que es cierto que a mayor satisfacción con el apoyo social recibido se tiende a un estilo de afrontamiento mixto, pero no resulta el caso para el apoyo orientado al problema, ya que este está determinado cuando hay mayor insatisfacción con el apoyo recibido. Por otro lado, la insatisfacción con el apoyo recibido determina los estilos de afrontamiento orientados a la emoción, es decir al distanciamiento y la evitación. Mientras que a mayor satisfacción con el apoyo recibido de termina el estilo de afrontamiento orientado a la emoción, la atención selectiva.

Otra de las hipótesis fue: Cuando los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo presentan el síndrome de sobrecarga emocional o burnout tienden a adoptar un estilo de afrontamiento orientado a la emoción. La cual no se comprobó del todo.

La investigación nos reveló en cuanto a los síntomas de depresión que estos determinan no solo los estilos de afrontamiento orientados a la emoción, sino que también de terminan los otros dos estilos. Entre más síntomas de depresión se tiende a la búsqueda de apoyo social. Entre menos síntomas de depresión se tiende a la solución de problemas.

Otra de las hipótesis fue: Un estado emocional positivo en los familiares que toman el rol de cuidadores de un enfermo determina un estilo de afrontamiento orientado al problema o que se de un afrontamiento mixto.

Esta hipótesis si se comprobó, pues cuando existe un estado emocional positivo se tiende a la solución de problemas y ala búsqueda de apoyo social. Mientras que cuando hay un estado emocional negativo se tiende al distanciamiento, atención selectiva y evitación.

Así, este trabajo deja remarcado que el síndrome de burnout no sólo se hace presente en los profesionales que trabajan con personas sino que puede presentarse en otro tipo de poblaciones, como los cuidadores. Esta investigación nos revela que la presencia del síndrome de burnout no inhibe que el cuidador tienda a una estrategia de afrontamiento, sino que por el contrario determina el estilo de afrontamiento al que éste se encaminara.

Para cerrar este trabajo, es necesario señalar que el tema de los cuidadores y el afrontamiento es un tema muy amplio y que quedan muchas variables en juego sin explorar y que se hace necesario que se realicen otras investigaciones sobre este tema, ya que esta investigación sólo ha dado un vistazo por la cerradura al problema planteado.

## 7. Referencias

- Aduna M., A. P. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, División de estudios de Posgrado, UNAM, México.
- Alder Lomnitz, L. y Pérez Lizaur, M. (1993). *Una Familia de la Élite Mexicana, 1820-1980: Parentesco clase y cultura*. México: Alianza Editorial, 145-209.
- Almendo P., C., y Pablo G., R. (2001). Burnout. Del sitio en Internet: <http://www.diezminutos.org/burnout.html>. Recuperado en enero 2005.
- Álvarez, P. (s/f). Cómo tratar a un enfermo terminal. Del sitio Web Salud y medicina <http://www.saludymedicinas.com.mx/ARTICULO2.asp?ID=741> Recuperado en agosto de 2005.
- AtlantiCare, (s/f a). Historia de los centros para enfermos terminales y cuidados paliativos. Del sitio Web Hospice de AtlantiCare: <http://atlanticare.hispanicare.com/hospice/answers/history.html>. Recuperado en octubre de 2005.
- Boada i Grau, J., Vallejo, R. D. y Agulló T., E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16, 1, 125-131.
- Callejas R., C. L. (2002). *Estilos de afrontamiento, calidad de vida y notificación de personas infectadas de VIH/SIDA*. Tesis de Licenciatura, UAM Iztapalapa.
- Calvo F., F. y Díaz P., M. D. (2004). Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema*, 16, 4, 570-575.
- Carbellido V., S. (1992). *Estilos de afrontamiento, apoyo social percibido y niveles de ansiedad en mujeres con cáncer ginecológico*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Carmona C., A. D. y Carmona S., A. L. (2004). *Las redes de apoyo social como una alternativa para prevenir la depresión y posibles suicidios en varones*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Carrboles, J. A., Remor, E., y Rodríguez-Alzamora, L. (2003) Afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes con VIH. *Psicotema*, 15, 3, 420-426.

- Chavarría Olarte, M. (2005). Hacia un concepto de la familia. Del sitio en Internet:<http://www.dif.gob.mx/registroeventos/Ponencias/nuevas/Ponentes/Ponencias/Nacionales/Dra.%20Marcela%20Chavarr%C3%ADa%20Olarte.pdf>. Recuperado en octubre de 2005.
- Colen B., Ramón, Limonero G., J. T. y Ortero, M. D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en salud*, 5, 2. Del sitio en Internet: <http://www.cucs.udg.mx/invsalud/agosto2003/actitudes.html>. Recuperado en mayo del 2005.
- Figuroa, M. I., Contin, N., Lacunza, A. B., Levín, M. y Estévez S., A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de la psicología*, 21, 1, 66-72.
- Fitzpatrick, R y et al. (1984). *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica, S. A. de C. V. Pp. 306.
- Garcés de los Fayos (1995) realizó un estudio sobre el burnout en niños y adolescentes, como un nuevo síntoma en psicopatología infantil. *Psicothema*, 7, 1, 33-40.
- Graus, A. (2002). Ser terminal [Versión electrónica]. *Los universitarios*, 25, 47-51. Del sitio en Internet: <http://www.ejournal.unam.mx/losuniversitarios/025/uni02508.pdf>. Recuperado en sep, del 2005.
- Guerra, L. I., Villagrán-Vázquez, G. y Díaz-Loving, R. (1998). Role playing y estrategias de afrontamiento ante el VIH/SIDA. *La Psicología Social en México*, VII, 312-317.
- Guillén M., L. y Palomares R., T. (1999). *Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama, cervicouterino, y testicular*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Huerta H., R. B. y Corona M., J. J. (2003). *Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- INEGI (2004). Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Dinámica de la población. Hogares y familias. Del sitio Web del INEGI: <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=119>. Recuperado en octubre de 2005.
- Inmujeres (2000). Instituto Nacional de las Mujeres. Estadísticos. Del sitio en Internet: [http://www.inmujeres.gob.mx/pprincipal/temas/salud\\_tasa\\_enfermedades.gif](http://www.inmujeres.gob.mx/pprincipal/temas/salud_tasa_enfermedades.gif). Recuperado en octubre de 2005.

- Johansen, Brit. J.(1997) *Cancer*, 75,144.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca. Pp. 468.
- Leñero Otero, L. (1976). *La Familia*. México: Editorial Edicol, S. A.
- Loyola Reynoso, D. (2000). *El devenir de la tanatología como una técnica de intervención psicológica: una investigación documental*. Tesis de Licenciatura, UNAM.
- Martínez Díaz, K. J. y Solís I., L. (2001). *Comparación entre indicadores de salud: afrontamiento y redes sociales en dos poblaciones diferentes de la tercera edad en el Distrito Federal*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Martínez García., M. F., García R., M. y Maya J., I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13, 4, 605-610.
- May-Levin, F. (2000). ¿El estrés puede generar cáncer? *Bulletin de la Société Française de Psycho-Oncologie*, 27
- Mejía, R. y Rivas, M. (s/f). Tanatología: para entender la muerte. Del sitio Web Salud y medicina <http://www.saludymedicinas.com.mx/ARTICULO2.asp?ID=626> Recuperado en agosto de 2005.
- Molerio P., O. y García R., G. (2004). Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana Medicina*, 43, 2-3.
- Omar, A. G. (1995). *Stress y Coping. Las estrategias de coping y su interrelación con los niveles biológicos y psicológicos*. Argentina: Lumen. Pp. 190.
- Oropesa, C. (Ed.) (2000) Principales resultados de las estadísticas sobre mortalidad en México 1998 [Versión electrónica]. Salud pública de México, 42,2. Mexico: Instituto Nacional de la Salud Pública. Pp.155-161. Del sitio en Internet: [http://www.insp.mx/salud/42/422\\_8.pdf](http://www.insp.mx/salud/42/422_8.pdf). Recuperado en julio de 2005.
- Partida, V. y García, J. E. (2002). El cambio epidemiológico reciente. En: CONAPO. *La situación demográfica de México, 2002*. México: CONAPO. Pp. 17-27
- Pastrana D., S. E. (1998). *Estrés y estilos de afrontamiento ante la enfermedad crónica en el paciente pediátrico*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

- Pérez Tamayo, R. (1988). *El concepto de enfermedad: su evolución a través de la historia*. Tomo 2. México: Fondo de Cultura Económica. Pp. 267.
- Piper, D. W. (1973). Enfermedad y emociones. *Medicina para profesiones paramédicas*. México: Libros. pp McGraw-Hill. Pp. 315- 329.
- Ramírez M., C., Esteve Z., R. y López M., A. E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, 17, 1, 129-137.
- Riquelme, A., Buendía, J. y Rodríguez, M. C. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 15, 1
- Rodríguez Pichardo, C. (2004). Familia presente. Las familias: sus ciclos y los retos que enfrentan. Boletín (en línea), 5. Pp. 5. Del sitio en Internet: <http://familiatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin5/familiapresente1.pdf> Recuperado en junio de 2005
- Rodríguez R., C. C. (2004). *Ansiedad y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer cervicouterino tratadas con braquiterapia en el instituto nacional de cancerología de México*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Romero Ramírez, M. de la P. Muciño R., R. y González R. M. E. (2005). La muerte en la medicina mexicana. Gaceta. 530. s/p. Del sitio Web de la Facultad de Medicina de la UNAM: <http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/gaceta/ago102k5/muerte.html>
- Rubio J., J. C. (2004). Fuentes de estrés, síndrome de burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de IES. Del sitio en Internet: [www.psicopedagogia-aragon.org/Sindrome%20de%20Burnout%20en%20Orientadores.pdf](http://www.psicopedagogia-aragon.org/Sindrome%20de%20Burnout%20en%20Orientadores.pdf). Recuperado en enero de 2005.
- s/a, (1967) The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218
- s/a, s/f . Enfermos en estado terminal. Noticia 17. Del sitio Web de la Facultad de Bioética de la Universidad Anahuac: <http://www.anahuac.mx/bioetica/noticia.17.htm>. Recuperado en septiembre de 2005.
- SINAIS. (2003) Sistema Nacional de Información en Salud. Mortalidad. Del sitio Web de la Secretaria de Salud: <http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/publicaciones/morttec.pdf>. Recuperado en agosto del 2005.
- Sotelo A., C. M. y Maupome S., V. (2000). *Traducción y estandarización del cuestionario modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para*

*una población de adolescentes Mexicanos*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

Tenorio G., F. (2003). Ética y cuidados paliativos en el enfermo con cáncer avanzado. Del sitio Web de la Facultad de Medicina de la UNAM: [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/ponencia\\_nov\\_2k3.htm](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/ponencia_nov_2k3.htm) Recuperado en octubre de 2005.

Tuirán, R. (2003). Familia: Estructura familiar; continuidad y cambio. Demos No. 06 México: El Colegio de México. Pp. 20-22. Del sitio en Internet: <http://www.ejournal.unam.mx/demos/no06/DMS00611.pdf>. Recuperado en mayo de 2005.

Urquidí T., L. E.; Montiel C., M. M. y Gálvez L. M. de los A. (1999). Ajuste Psicosocial y Afrontamiento en Pacientes con Cáncer de Mama. *Revista Sonorense de Psicología*, 13, 1, 30-36.

Vásquez S., L. (2005). Estilos de Afrontamiento en pacientes con Cáncer de Cuello Uterino en la ciudad de Arequipa. Del sitio en Internet: [http://www.psicooncologia.org/articulos/articulos\\_detalle.cfm?estado=ver&id=50&x=102&y=17](http://www.psicooncologia.org/articulos/articulos_detalle.cfm?estado=ver&id=50&x=102&y=17) Recuperado en octubre de 2005.

Vera Bolaños, M. y Pimienta Lastra, R. (1998). Transición demográfica y familia. Documentos de de investigación, 18. México: El Colegio Mexiquense, A. C. Pp. 8. Del sitio en Internet: <http://www.cmq.edu.mx/docinvest/document/DI18115.pdf>. Recuperado en junio de 2005.

Villagrán V., G. (2001). *El individuo y la familia frente al VIH/SIDA*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, México.

Zarina. (2003a) La muerte de los mexicanos [Mensaje 1598]. Del sitio Web de Tanatología de El foro de Kaliman: <http://foros.kaliman.com.mx/> Recuperado en septiembre de 2005.

Zarina, (2003b). La muerte no se puede evitar pero si el sufrimiento [Mensaje 982]. Del sitio Web de Tanatología de El foro de Kalimas: <http://foros.kaliman.com.mx/discus/messages/4196/5042.html?1121979923> Recuperado en septiembre de 2005.

Zúñiga H., E., García L., J. E. y Partida B., V. (2004). Mortalidad de la población de 60 años ó más. La situación demográfica en México [publicaciones en línea], 27, 71-81. Del sitio en Internet: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm27.pdf>. Recuperado en julio de 2005.

## 8. Anexos

### 8.1. Anexo 1 (Instrumento)

**Cuestionario sobre estrés, afrontamiento y apoyo social percibido.**

La finalidad de este cuestionario es conocer la forma de afrontar y el apoyo social que tienen las personas que están a cargo del cuidado de algún paciente.

La información que nos brinde es estrictamente confidencial y anónima, y será usada sólo con fines de investigación en ciencias sociales. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Es importante que usted conteste cada una de las preguntas de manera sincera. Sólo use los espacios disponibles.

**I. Instrucciones:** Las siguientes preguntas están relacionadas con el padecimiento del paciente y el tiempo que usted dedica a cuidar de él (ella).

1. ¿Cuál es el padecimiento del paciente que usted atiende? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es el estado del paciente? \_\_\_\_\_
3. ¿Hace cuanto tiempo que se enteró del padecimiento del paciente? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuándo le notificaron la gravedad del paciente? \_\_\_\_\_
5. ¿Quién le dio la notificación? \_\_\_\_\_
6. ¿Desde hace cuánto tiempo cuida usted del paciente? \_\_\_\_\_
7. ¿Cuántos días cuida usted del paciente?  
( 1 ) Menos de un día al mes                      ( 2 ) Más de un días al mes                      ( 3 ) Un día por semana  
( 4 ) De dos a cuatro días a la semana      ( 5 ) De cinco a seis día a la semana      ( 6 ) Todos los días de la semana
8. Considera usted que desde que dedica tiempo a cuidar del paciente:  
¿su economía se ha visto afectada?      ( 1 ) No      ( 2 ) Un poco      ( 3 ) Bastante      ( 4 ) Muchísimo  
¿su salud se ha deteriorado?              ( 1 ) No      ( 2 ) Un poco      ( 3 ) Bastante      ( 4 ) Muchísimo  
¿su estado emocional se ha afectado?    ( 1 ) No      ( 2 ) Un poco      ( 3 ) Bastante      ( 4 ) Muchísimo
9. Aparte de usted, ¿cuántas personas más se hacen cargo del cuidado del paciente? \_\_\_\_\_
10. El hecho de cuidar del paciente ¿es estresante para usted?    ( 1 ) No    ( 2 ) Un poco    ( 3 ) Bastante    ( 4 ) Muchísimo
11. El hecho de cuidar del paciente, ¿ha puesto en riesgo, actualmente, de alguna manera el bienestar (económico, físico, emocional) de usted?    ( 1 ) No    ( 2 ) Un poco    ( 3 ) Bastante    ( 4 ) Muchísimo

**II. Instrucciones:** Durante el tiempo que usted ha cuidado del paciente ¿ha padecido de algún trastorno de salud que pudiera atribuir al estrés? Por favor marque el cuadro correspondiente.

		Si	No
1.	<b>Cardiovasculares</b> (por ejemplo: hipertensión, enfermedad coronaria, taquicardia, dolor de cabeza, migraña, colesterol, triglicéridos, etc.)	1	2
2.	<b>Respiratoria</b> (por ejemplo: asma, hiperventilación, palpitaciones, dificultad para respirar, resfriados o gripes, etc.)	1	2
3.	<b>Gastrointestinales</b> (por ejemplo: úlceras, colon irritable, colitis, gastritis, diarreas, etc.)	1	2
4.	<b>Musculares</b> (por ejemplo: tics, temblores, contracturas, lumbalgias, entumecimiento u hormigueo en extremidades, dolor de cuello, dolor de espalda, etc.)	1	2
5.	<b>Dermatológicos</b> (por ejemplo: salpullido, eccema, urticaria, acne, soriasis, dermatitis nerviosa, etc.)	1	2
6.	<b>Sexuales</b> (por ejemplo: disminución del deseo, eyaculación precoz, impotencia, frigidez, coito doloroso, vaginismo, síndrome premenstrual, etc.)	1	2
7.	Algún otro no especificado (por ejemplo: diabetes, infecciones, tumores, artritis, etc.)	1	2
	Especifique cual _____		
8.	Durante el tiempo que usted ha cuidado del paciente ¿ha tenido algún permiso por incapacidad?	1	2
	¿Cuál fue el motivo? _____		

**III. Instrucciones:** En la parte de abajo hay adjetivos opuestos separados por espacios donde puede indicar cómo se ha sentido en algún momento debido al tiempo que dedica al paciente.

Por ejemplo: aquí alguien marcó el segundo espacio por que considera que se ha sentido más cerca de estar "Entusiasmado".

	Entusiasmado(a)	1	<del>2</del>	3	4	5	6		Desalentado(a)
--	-----------------	---	--------------	---	---	---	---	--	----------------

**En las últimas dos semanas usted se ha sentido:**

1.	Optimista	1	2	3	4	5	6		Pesimista
2.	Satisfecho(a)	1	2	3	4	5	6		Frustrado(a)
3.	Inconforme	1	2	3	4	5	6		Conforme
4.	Tranquilo(a)	1	2	3	4	5	6		Intranquilo(a)
5.	Seguro(a)	1	2	3	4	5	6		Confundido(a)
6.	Desalentado(a)	1	2	3	4	5	6		Esperanzado(a)
7.	Triste	1	2	3	4	5	6		Animado(a)
8.	Receptivo(a)	1	2	3	4	5	6		Distraído(a)
9.	Capaz	1	2	3	4	5	6		Incapaz
10.	Enojado(a)	1	2	3	4	5	6		Sereno(a)
11.	Ineficaz	1	2	3	4	5	6		Eficaz
12.	Confortado(a)	1	2	3	4	5	6		Desolado(a)
13.	Relajado(a)	1	2	3	4	5	6		Ansioso(a)
14.	Frágil	1	2	3	4	5	6		Fuerte

**IV. Instrucciones:** Al cuidar de su paciente, puede ser que en su vida se estén presentando algunas de las siguientes situaciones. Por favor indique en que medida le estresa cada una de ellas.

**Le estresa:**

		Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
1.	Romper con las actividades cotidianas	0	1	2	3
2.	Ponerse de acuerdo con alguien más	0	1	2	3
3.	Descansar menos tiempo de lo acostumbrado	0	1	2	3
4.	Trasladarse de su hogar para ir al hospital	0	1	2	3
5.	No descansar las noches en que acompaña al paciente	0	1	2	3
6.	Recibir los resultados de estudios y/o análisis del paciente	0	1	2	3
7.	Acompañar a las consultas al paciente	0	1	2	3
8.	Las constantes visitas al hospital	0	1	2	3
9.	Llegar a tiempo a las consultas y tratamientos	0	1	2	3
10.	El estado de salud del paciente	0	1	2	3
11.	No saber qué hacer	0	1	2	3
12.	No poder atender las labores de su hogar	0	1	2	3
13.	Sentirse agotado(a)	0	1	2	3
14.	Ver disminuidos sus recursos económicos	0	1	2	3
15.	No tener tiempo para usted	0	1	2	3
16.	La carga de trabajo	0	1	2	3
17.	No contar con los recursos para atender al paciente	0	1	2	3
18.	Tener que ponerse al corriente en las labores domésticas en	0	1	2	3

	vacaciones y días de ocio				
19.	No comer adecuadamente y a deshoras	0	1	2	3
20.	No saber cómo atender al paciente	0	1	2	3

**V. Instrucciones:** Esta parte del cuestionario tiene que ver con la forma en que cada persona tiene para responder al tener a su cuidado a un paciente. Por favor, indique qué tanto hace usted cada una de las siguientes actividades para hacerles frente.

		No	Un poco	Bastante	Muchísimo
1.	Busca información sobre el padecimiento del paciente	0	1	2	3
2.	Desarrolla un plan de acción y lo sigue	0	1	2	3
3.	Primero se tranquiliza y luego piensa lo que va hacer	0	1	2	3
4.	Intenta resolver una por una las dificultades que se le presentan	0	1	2	3
5.	Trata de comprender la situación del paciente para saber cómo actuar	0	1	2	3
6.	Recurre a experiencias pasadas	0	1	2	3
7.	Cree que el tiempo cambiará las cosas y que todo lo que tiene que hacer es esperar	0	1	2	3
8.	Sigue adelante como si no pasara nada	0	1	2	3
9.	Se concentra en el trabajo o en otra actividad para olvidarse de todo lo demás	0	1	2	3
10.	Intenta olvidarse de todo	0	1	2	3
11.	Golpea cosas para sacar su frustración	0	1	2	3
12.	No toma en serio la situación	0	1	2	3
13.	Llora para desahogarse	0	1	2	3
14.	Busca distraerse	0	1	2	3
15.	Duerme más de lo habitual	0	1	2	3
16.	Hace algún tipo de ejercicio	0	1	2	3
17.	Intenta sentirse mejor comiendo	0	1	2	3
18.	Bebe para sentirse mejor	0	1	2	3
19.	Fuma para tranquilizarse	0	1	2	3
20.	Toma medicamentos o drogas para relajarse	0	1	2	3
21.	Sueña o imagina otro tiempo y otro lugar mejor que el presente	0	1	2	3
22.	Desea que la situación se desvanezca o que termine de algún modo	0	1	2	3
23.	Fantasea e imagina el modo en que podía cambiar las cosas	0	1	2	3
24.	Trata de pensar que realmente no hay problema	0	1	2	3
25.	Piensa menos en el problema y se concentra en otras cosas	0	1	2	3
26.	Se dice a sí mismo(a) cosas que lo(a) hagan sentir mejor	0	1	2	3
27.	Se imagina situaciones agradables, lejanas al hecho de ser cuidador(a)	0	1	2	3
28.	Intenta guardar para usted sus sentimientos	0	1	2	3
29.	Oculto a los demás lo mal que van las cosas	0	1	2	3
30.	Evita estar con la gente en general	0	1	2	3
31.	Busca la ayuda de algún profesional	0	1	2	3
32.	Le cuenta a alguien como se siente	0	1	2	3

33.	Habla con alguien para averiguar más sobre el padecimiento del paciente	0	1	2	3
34.	Habla con alguien que puede ayudarlo a saber que hacer	0	1	2	3
35.	Pregunta a algún pariente o amigo	0	1	2	3

**VI. Instrucciones:** Con qué frecuencia el hecho de ser cuidador(a) le ha hecho sentirse a usted de la siguiente forma:

		Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1.	Se siente emocionalmente agotado(a) por ser cuidador(a)	0	1	2	3	4	5	6
2.	Se siente cansado(a) después de haber estado con el paciente	0	1	2	3	4	5	6
3.	Se siente fatigado cuando se levanta por la mañana y tiene que ir con el paciente	0	1	2	3	4	5	6
4.	Comprende fácilmente como se siente el paciente	0	1	2	3	4	5	6
5.	Cree que trata usted al paciente como si fuera un objeto impersonal	0	1	2	3	4	5	6
6.	Trabajar todo el día con el paciente es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7.	Trata eficazmente los problemas del paciente	0	1	2	3	4	5	6
8.	Se siente con "sobrecarga emocional " por ser cuidador(a)	0	1	2	3	4	5	6
9.	Cree que influye positivamente con su labor en la vida de las personas	0	1	2	3	4	5	6
10.	Se ha vuelto más insensible con la gente desde que se dedica a cuidar del paciente	0	1	2	3	4	5	6
11.	Le preocupa que ser cuidador(a) le endurezca emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12.	Se siente deprimido	0	1	2	3	4	5	6
13.	Se siente frustrado por ser cuidador(a)	0	1	2	3	4	5	6
14.	Cree que se está esforzando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
15.	Realmente no le preocupa lo que le ocurra al paciente	0	1	2	3	4	5	6
16.	Trabajar directamente con personas le produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
17.	Se siente triste	0	1	2	3	4	5	6
18.	Puede crear fácilmente una atmósfera relajada con el paciente	0	1	2	3	4	5	6
19.	Se siente estimulado(a) después de estar con el paciente	0	1	2	3	4	5	6
20.	Ha conseguido muchas cosas útiles al cuidar del paciente	0	1	2	3	4	5	6
21.	Se siente acabado	0	1	2	3	4	5	6
22.	Cuando está con el paciente trata los	0	1	2	3	4	5	6

	problemas emocionales con mucha calma							
23.	Siente que el paciente lo culpa a usted por alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

**VII. Instrucciones:** Esta sección es sobre el apoyo o ayuda que otras personas le han brindado durante el tiempo que usted ha estado al cuidado del paciente.

Cada pregunta tiene dos partes. En la primera, liste las personas que le han dado ayuda o apoyo y el tipo de apoyo de acuerdo con la pregunta realizada; no es necesario que escriba nombres sólo indique la relación que cada persona tiene con usted (hermano, padre, cuñado, amigo, compañero, etc.). Tampoco es necesario que escriba en los siete espacios, sólo anote a las personas que le han apoyado. En la segunda parte, indique el grado de satisfacción que siente con respecto a esa la persona.

Si para alguna de las preguntas usted no cuenta con ayuda o apoyo de alguien, aun así indique el grado de satisfacción que siente donde dice "NADIE".

Totalmente Insatisfecho	Insatisfecho	Un poco Insatisfecho	Un poco Satisfecho	Satisfecho	Totalmente Satisfecho
1	2	3	4	5	6

1. Durante el tiempo que usted ha estado al cuidado del paciente, ¿quiénes le han ayudado económicamente (por ejemplo: le han prestado dinero, pagado cuentas, dado dinero, le han ayudado en casa, lo ha llevado al hospital, prestado o dado algún artículo u objeto, etc.)?

Personas que le han apoyado	Tipo de apoyo recibido	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con ese apoyo?					
(1) _____	_____	1	2	3	4	5	6
(2) _____	_____	1	2	3	4	5	6
(3) _____	_____	1	2	3	4	5	6
(4) _____	_____	1	2	3	4	5	6
(5) _____	_____	1	2	3	4	5	6
(6) _____	_____	1	2	3	4	5	6
(7) _____	_____	1	2	3	4	5	6
	<b>NADIE</b>	1	2	3	4	5	6

2. Durante el tiempo que usted ha estado al cuidado del paciente, ¿quiénes le han dado: información, consejo, orientación, guía, etc.?

Personas que le han apoyado	Tipo de apoyo recibido	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con ese apoyo?					
(1) _____	_____	1	2	3	4	5	6
(2) _____	_____	1	2	3	4	5	6
(3) _____	_____	1	2	3	4	5	6
(4) _____	_____	1	2	3	4	5	6
(5) _____	_____	1	2	3	4	5	6
(6) _____	_____	1	2	3	4	5	6
(7) _____	_____	1	2	3	4	5	6
	<b>NADIE</b>	1	2	3	4	5	6

3. Durante el tiempo que usted ha estado al cuidado del paciente, ¿quiénes le han expresado de algún modo aprecio, comprensión, cariño, afecto, seguridad; o le han hecho que se sienta amado, querido, respetado, comprendido, etc.?

Personas que le han apoyado	Tipo de apoyo recibido	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con ese apoyo?					
-----------------------------	------------------------	---	--	--	--	--	--

(1)	_____	_____	1	2	3	4	5	6
(2)	_____	_____	1	2	3	4	5	6
(3)	_____	_____	1	2	3	4	5	6
(4)	_____	_____	1	2	3	4	5	6
(5)	_____	_____	1	2	3	4	5	6
(6)	_____	_____	1	2	3	4	5	6
(7)	_____	_____	1	2	3	4	5	6
		<b>NADIE</b>	1	2	3	4	5	6

### Datos generales.

1. Ocupación: \_\_\_\_\_ 2. Edad: \_\_\_\_\_ 3. Sexo: ( 1 ) F ( 2 ) M
4. Estado civil: ( 1 ) Casado ( 2 ) Divorciado ( 3 ) Separado ( 4 ) Viudo ( 5 ) Unión libre ( 6 ) Soltero
5. Relación que usted tiene con el paciente: \_\_\_\_\_
6. Religión: ( 1 ) Católico ( 2 ) Cristiano no católico ( 3 ) Otro \_\_\_\_\_ ( 4 ) Ninguno
7. ¿Que tan creyente se considera usted? ( 1 ) Nada ( 2 ) Un poco ( 3 ) Bastante ( 4 ) Muchísimo
8. ¿Con quien vive?
  - ( 1 ) Solo
  - ( 2 ) Con su pareja
  - ( 3 ) Con su pareja e hijos
  - ( 4 ) Con ambos padres
  - ( 5 ) Con padres y hermanos
  - ( 6 ) Otros \_\_\_\_\_
9. ¿Durante su vida cuantas veces ha estado usted en esta situación, de ser cuidador de un paciente? \_\_\_\_\_
10. ¿A que institución o seguro de servicio médico esta usted afiliado? \_\_\_\_\_
11. ¿En que institución de servicios médicos atienden al paciente que usted cuida? \_\_\_\_\_

**LE AGRADEZCO PROFUNDAMENTE SU PARTICIPACIÓN**

## PROYECTO DE INTERVENCIÓN

*Aglaé González Ramírez*



ESTAR BIEN PARA DAR

*“Descarga de tensiones: estar bien para dar”*



ESTAR BIEN PARA DAR

## **9. Propuesta de intervención**

### **9.1. Introducción**

Los familiares que atienden las necesidades de un enfermo y que toman el rol de cuidadores conforman un sector de la población poco estudiado y por tanto poco atendido. Casi todos hemos en alguna ocasión cuidado de un enfermo, lo que es seguro es que todos conocemos un familiar, un amigo, un conocido, un compañero de trabajo, etc., él cual se hace cargo de un enfermo. Echando un vistazo alrededor la población de cuidadores no es considerable.

Es un hecho que tras el diagnóstico de una enfermedad, toda la familia tiene que hacer frente a una gran cantidad de decisiones, emociones y cambios en su forma habitual de vivir y convivir; que cada miembro de la familia puede tener un mayor o menor grado de implicación en el cuidado del enfermo, pero lo cierto es que ninguno de ellos puede evitar estos cambios; que la familia es el principal soporte del enfermo y que el afecto que proporciona y la cantidad de tiempo que dedica son insustituibles para el enfermo; que los cuidadores son casi siempre familiares de los pacientes que se ven obligados a asumir un rol para el cual no estaban preparados; que el familiar como persona que cuida cambia aspectos de su vida, abandona el trabajo, el estudio, duplica sus deberes o asume las funciones del enfermo.

Ahora bien, se considera que la capacidad de resolución de los problemas que tenga la familia, se basa en dos fortalezas específicas: la capacidad que tiene cada uno de los miembros para permanecer no reactivo ante la intensidad de las emociones vivenciales en el grupo y la capacidad que tiene cada individuo para comunicar a los otros sus pensamientos y sentimientos. También, se estima que la familia pone en marcha sus mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando de manera más o menos adecuada, a pesar de la situación. Lo

que es cierto es que cuando la enfermedad o la cronicidad sobrepasan los mecanismos de autorregulación se puede producir un impacto tanto positivo como negativo importante; y que el impacto que tiene la enfermedad está determinado por los factores relacionados con la misma enfermedad, con el entorno social y con la propia historia personal del enfermo, su personalidad, el tipo de relaciones familiares que tiene, las experiencias que ha tenido la familia en casos similares si es que los ha habido y cómo ha reaccionado ante ellos. Además, se ha visto que el impacto de la enfermedad se controla, disminuye o evita con el cuidado que le brinde la familia al enfermo.

La sobrecarga de trabajo que genera el cuidado del enfermo en los miembros de la familia (que como se mostró en el estudio realizado en las más de las ocasiones recae en el sexo femenino, sin que esta cuente ayuda) esto provoca que haya crisis en la familia.

## **9.2. Justificación**

A nivel de intervención a esta problemática la que más se da es, desde luego, el apoyo terapéutico; cuyo propósito es el de dar apoyo emocional a la familia ante la problemática económica que se presentan conjuntamente y también que ofrecer algunas sugerencias o alternativas de solución para atenuar su situación desde las redes sociales existentes hasta del ámbito nacional. Con esto sólo se logra la dependencia a las instituciones o grupos de apoyo donde se obtienen paliativos para enfermo como para la familia; con las sugerencias o el ofrecimiento de alternativas no se provoca que las personas adquieran o desarrolle sus propias capacidades a fin de que ellas se han capaces por ellas mismas de manejar la situaciones que se les presenta.

Es necesario proyectar intervenciones a partir del enfoque multidisciplinario de la psicología social, puesto que desde esta disciplina se pueden alcanzar objetivos que no podrían lograrse por otras ciencias.

### **9.3. Consideraciones**

Para la realización de esta intervención se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones:

- Que es muy importante trabajar a través de la modificación de las creencias irracionales, los errores cognitivos debidos a la percepción. Para permitir que el afrontamiento dirigido al problema se ajuste dentro de unos parámetros realistas, con unas metas graduadas, que permitan ir estableciendo estrategias de afrontamiento marcadas de éxitos parciales que permitirá una mejor autoevaluación de un sujeto.
- Que es importante que el individuo haga una evaluar los recursos propios, las habilidades que posee, y los déficits que presenta, para usar los primeros y desarrollar el aprendizaje que reduzcan los segundos.

Para la realización de esta intervención, también, se considero trabajar con la falta de realización personal, los síntomas de depresión y los síntomas físicos de estrés, ya que estos afectan de manera importante el estilo de afrontamiento, como quedo sentado en la investigación realizada.

### **9.4. Objetivos**

El objetivo general de la intervención es: dotar a los cuidadores de herramientas que les permitan enfrentar las situaciones que se les presentan. De manera que puedan manejar los síntomas de depresión, afirmar la actuación personal, las dolencias físicas como dolores de cuello, espalda, etc., y puedan tener una evaluación positiva sobre su desempeño.

### **Objetivos específicos:**

- Brindar a los cuidadores una información sencilla y clara sobre las tensiones físicas ocasionadas por el estrés y que a través de los ejercicios estructurados aprendan cómo descargar las tensiones en rostro, cuello, hombros, brazos, tórax, espalda y piernas.
- Que los cuidadores puedan a través de los ejercicios estructurados desarrollar y fortalecer el autoconocimiento, la autoconfianza, la autoafirmación, la autoimagen y la autocrítica.
- Provocar en los cuidadores mediante los ejercicios estructurados la revaloración y la reevaluación de las creencias y pensamientos indeseables, así como de las creencias falsas.

### **9.5. Diseño del taller**

Con el propósito de alcanzar estos objetivos de esta propuesta de intervención se ha creado un taller de doce horas de duración que se impartirá durante tres días no consecutivos (lunes, miércoles y viernes). Esta dividido en tres sesiones de cuatro horas de duración por sesión. Cada sesión esta encaminada a alcanzar los objetivos planteados de forma progresiva. El taller esta diseñado para un cupo mínimo de 10 personas y un máximo de 20.

Este taller se aplicara en un salón amplio e iluminado, que permita el libre movimiento de los participantes para la realización de los ejercicios estructurados. Para este efecto se usara de uno de sus salones de las instalaciones de la Fundación san Judas Tadeo que cubren las características.

### **9.5.1. Evaluación del taller**

La evaluación del taller se hará por medio de un pre-test y un post-test, con el propósito de determinar el impacto del taller y conocer si se lograron los objetivos planteados por esta propuesta de intervención.

También, se utilizara un buzón para los comentarios y sugerencias de los participantes, con lo que se pretende conocer los aciertos y los déficits del mismo.

### **9.5.2. Variables**

Las variables consideradas para esta propuesta de intervención son:

**Síntomas físicos de estrés:** como cansancio, fatiga, sensación de esfuerzo físico, y malestar general.

**Síntomas de depresión:** expresiones de tristeza, frustración, sensación de sentirse acabado y deprimido.

**Falta de realización personal:** son tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal

## **9.6. Procedimiento**

En primer lugar se presentó la propuesta de intervención a la directora del la Fundación san Judas Tadeo, quien acepto gustosamente a que se realizará el taller dentro de las instalaciones del albergue. No tubo reparo en permitir que se usara uno de los salones que cumplían con las características.

El taller se realizará de acuerdo a la planeación del mismo, siguiendo el programa establecido para cada sesión y respetando los tiempos de inicio y termino para cada uno de los ejercicios estructurados, así como para los recesos considerados. Se prestará especial cuidado al dar las indicaciones para cada ejercicio estructurando de manera que sea clara y sencilla su exposición.

Mediante los ejercicios estructurados de cada sesión se pretende que los participantes interactúen unos con otros y se expresen libremente, de manera progresiva y de acuerdo a los objetivos específicos de cada sesión.

Cada sesión dará inicio a las 10:00 am. y se terminara a las 2:00 pm. La primera se impartirá en día lunes, la segunda en día miércoles y la tercera en día viernes.

El facilitador se presentará unos minutos antes de dar inicio la sesión para ver que todo esté en orden y preparar los materiales que se usaran, es compromiso del facilitador proveer los materiales requeridos en cada una de las sesiones.

Al concluir el taller se hará entrega de una constancia de participación a cada uno de los participantes del taller y un agradecimiento para la Fundación san Judas Tadeo.

## **9.7. Evaluación**

Para la evaluación del taller se realizó un análisis de muestras comparadas con la finalidad de establecer si existían diferencias significativas entre las respuestas de los participantes del primer cuestionario y el segundo.

Los resultados obtenidos de la muestra muestran una ligera diferencia en los síntomas físicos de estrés y en la falta de realización personal. Es decir que el conocimiento y el desarrollo de las habilidades proporcionadas durante el taller, logro de manera certera impactar en estas dos variables.

Los comentarios y sugerencias provistos por los participantes son una herramienta valiosa para la evaluación del taller, que le permiten al facilitador conocer los aciertos y los déficits de la ejecución, desarrollo y contenidos del mismo. Por lo que a continuación se presentan.

### **9.7.1. Comentarios y sugerencias**

Los comentarios y sugerencias se recogieron por sesión y son los siguientes:

#### **Sesión 1**

“Me gusto mucho y así aprendo un poco más....Concepción”.

“A mi parecer fue muy interesante el taller...Alicia”.

“Gracias por tu tiempo, espero que sigas contribuyendo con nosotros. Que el curso cumpla su objetivo y que todos aprendamos cosas nuevas para estar mejor. El desarrollo del taller fue ágil y agradable en un ambiente armonioso. Buen día...Nota: se fue rapidísimo el tiempo...Rosa María”.

“Es muy interesante porque aprendí de los demás, es relajante, me gustaron los ejercicios que no sabía hacer para desestresarme...Patricia”.

“Bueno, antes que nada gracias ya que fue muy gratificante conocernos además de sentirnos muy bien y nos relajamos. Gracias...Miriam”.

“Todo estuvo bien es la segunda vez que estoy en un curso. Espero que haya cursos así y sobre todo hay una buena ayuda. Le deseo lo mejor y gracias...Yazmín”.

“Por mi parte podría decir que fue una gran experiencia, que de alguna manera pudimos decir cosas que no nos atrevemos a comentar de frente. Gracias por incitarnos a hacerlo y por los ejercicios...Mirza ☺”.

“Es un taller lleno de experiencias y motivaciones para seguir adelante. Gracias por compartirlo...Montserrat”.

## **Sesión 2**

“Hoy fue un día en el que aprendí muchas cosas más, y sobre todo que ha sido muy interesante, saber como podemos descargar nuestras tensiones con ejercicios...Alicia”.

“Gracias por tu colaboración, ojala podamos darle seguimiento más adelante. Organizar terapias de descarga que ayuden mucho a las personas...Rosa María”.

“Todo bien la felicito. Gracias...Concepción”.

“Me gusto, me sentí con más confianza. Espero que siga así...Carmen”.

“El taller estuvo agradable y amono ya que los ejercicios nos ayudas para sacar un poco el estrés. Gracias por impartir este tipo de talleres...Yazmín”.

“Es muy relajante. Si me gustaría más ejercicios...Alicia”.

### **Sesión 3**

“De ante mano muchas gracias ya que todo lo que vimos nos sirvió mucho para entendernos mejor, además de que rendimos más. Gracias por tu forma de enseñarnos y ojalá llegues a ser una excelente psicóloga. Gracias...Miriam”.

“Trata de alargar más el taller con un poco más de dinámicas. Por lo demás, muy bien, muy agradable. Suerte, hasta siempre...Isela”.

“Quiero felicitarte por el taller que nos acabas de impartir, en lo personal me llevo muchas experiencias que viví dentro del grupo de trabajo y también para llevar más estable mis tensiones, preocupaciones, etc. Muchas gracias...Alicia”.

“Me sentí muy relajada. Te agradezco mucho y aprendí cosas que nunca pensé aprender. Gracias por tú enseñanza y te deseo lo mejor...Concepción”.

“Gracias por compartir tus conocimientos con nosotros, ya que nos ayuda a conocernos como personas, y así podemos brindar más de nosotros a los que nos rodean. P. D. Espero que haya otro curso en fechas cercanas...María del Carmen”.

“Vivimos diariamente a un ritmo muy acelerado y en ocasiones olvidamos nuestra esencia, olvidamos disfrutar, olvidamos realizar acciones para sentirnos mejor o simplemente relajarnos y descansar. Gracias por la reflexión, gracias por lo que dejaste en mí, una mujer más tranquila y con el deseo de estar en armonía.

Gracias buena suerte y felicidades por culminar con esta etapa de tu carrera...Rosa María ☺”.

“Fue una experiencia enriquecedora para todas y ¡GRACIAS! Por mostrar interés hacia nosotras. Fue un curso muy dinámico y agradable...Leonardo”.

“Creo que fue muy enriquecedor y divertido; además, espero llevar a la practica todo lo aprendido en el taller, para tener un punto positivo más a mi calidad de vida. ¡Gracias! Por permitirnos abrir la mente...Mirza ☺”.

“Excelente espero que no sea la última vez. Gracias por darnos su apoyo y espero verla por aquí otra vez. Voy a tomar el curso aquí y aplicarlo en mi casa. Gracias nuevamente...Carmen”.

“El taller me pareció agradable y relajante, muy ameno y servirá para aplicarlo en mi vida diaria, personal y laboral. Gracias por pensar en nosotros...Yazmín”.

## **9.8. Conclusiones**

Por los resultados obtenidos se puede decir que el proyecto de intervención alcanzo en buena medida los objetivos planteados. Dotando a los participantes de las herramientas que les permitan conocer y desarrollar sus propias habilidades de manera asertiva. Se motivó a los participantes a fortalecer el autoconocimiento, la autoconfianza, la autoafirmación, la autoimagen y la autocrítica. Se provocó en los cuidadores la revaloración y la reevaluación de las creencias y pensamientos indeseables, así como de las creencias falsas.

Es importante anotar que la simple observación de las expresiones corporales y verbales denotaron los cambios producidos en cada una de las sesiones del taller, por ejemplo, el gesto osco o marcado de los rostros cambió a un gesto amable y

relajado, la postura rígida de los cuerpos a una más suelta, de poco participativo a la participación espontánea, de rostros serios a rostros sonrientes. En cuanto al arreglo personal se notó que los participantes dedicaron más tiempo en la selección de su atuendo, peinado, etc.

Por último, se puede decir que un proyecto de intervención que tenga como fundamentos los conocimientos obtenidos a través de una investigación sobre la problemática a tratar tendrá resultados exitosos. Por lo que es necesario para todo proyectar de intervención que se tengan los fundamentos sólidos de una investigación seria sobre el problema a resolver o población de que se trate. Lo cual permitirá que los pasos a seguir no sean titubeantes, que no aporten nada y que sólo funcionen como paliativos, sino que brinden a los participantes de los instrumentos necesarios en vías de desarrollar y fortalecer las habilidades y conocimientos necesarios para resolver los problemas que se les presenten.

## 9.9. Referencias

- Acevedo, A. (2004). *Aprender jugando 1: dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría*. Limusa. México. Pp. 237.
- Acevedo, A. (2004). *Aprender jugando 2: dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría*. Limusa. México. Pp. 210.
- Acevedo, A. (2004). *Aprender jugando 3: dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría*. Limusa. México. Pp. 245.
- Casado C., F. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20.
- Fromm, E. (1981). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. F. C. E. México.
- Mailhiot, B. (1980). *Dinámica y génesis de grupos*. Ediciones Marova, París.
- Munné, F. (1996). *Psicología Social*. Ceac, España.
- Navarro D., R. (2005). *Psicoterapia corporal y psicoenergética. Principio y técnicas*. Pax. México. Pp. 251.
- Quiroz P., JR. (2005). Abordaje clínico. Del sitio en Internet: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm121/abordajeclinico.html>. Recuperado en septiembre de 2005.
- Stevens, J. O. (2000). *El darse cuenta*. Cuatro vientos, México.

## 9.10. Anexo 2

### Carta descriptiva

Taller: “Descarga de tensiones: estar bien para dar”

Facilitador: Aglaé González Ramírez  
Psicóloga Social.

Sesión: 1		Fecha: 19 de Junio	Lugar: Salón amplio e iluminado		
Horario	Técnica	Objetivos específicos	Desarrollo	Recursos Materiales	Duración
10:00 a 10:15	Presentación	*Presentar el programa del taller. *Establecer los objetivos y requerimientos de los participantes como del facilitador.	El facilitador expone el contenido, metodología y objetivos del taller. Además, precisa los lineamientos del desarrollo del mismo.	*Laminas con la información pertinente.	15 min.
10:15 a 10:50	Binas, cuartas	*Propiciar el conocimiento de los participantes del grupo. *Ruptura de la tensión inicial. *Lograr la expresión de tensiones y expectativas.	El facilitador pide a los participantes que: * Cada persona busque un compañero con el que platicara durante 5min. * Pasado este tiempo cada pareja se juntara con otra y platican durante 10 min. * Transcurrido este tiempo se inicia la presentación general, cada participante presentara a su compañero 15min.	*Etiquetas	35 min.
10:50 a 11:05	Aplicación del pre-test	*Aplicar un instrumento de medición a los participantes (será utilizado posteriormente para evaluar el taller)	El facilitador reparte a los participantes, el cual tendrá que responderse de manera individual.	*Cuestionario de pre-test y bolígrafos.	15 min.
11:05 a 12:05	Derechos asertivos	*Desarrollar las posibilidades de auto-conocimiento y de ejercicio asertivo de la auto-confianza *Propiciar en el participante la exploración de la autoafirmación, sus alcances y límites.	El facilitador pide a los participantes que: * Identifiquen de manera individual los derechos que creen tener en la familia, el trabajo, y la sociedad (5min.). *Se forman subgrupos a los que se les pide que destaquen por lo menos 5 derechos que el subgrupo creen tener (10min.). *En grupo se leen las conclusiones subgrupales (10min.). * Se pide a los participantes que determinen los derechos que creen tienen los miembros de su familia, trabajo y sociedad; de manera individual. * Se repite el proceso anterior y se llega a conclusiones.	*Hojas y lápices.	60 min.
12:05 a 12:15	Receso	*Receso			10 min.
12:15 a 12:20	Ejercicios para liberar tensión:	*Relajación de los músculos del rostro. *Que la relajación del rostro les	El facilitador pide a los participantes que: * Se tensen y exageren los gestos (de molestia, perplejidad, etc.) y después suelten los músculos.	*Un espejo de be bolsillo. *Galletas.	5 min.

	Rostro	permita pensar de manera clara.	<p>* Se concentren mientras comen con los ojos vendados, concentrándose en los incisivos y triturando vigorosamente con los molares.</p> <p>*Finalmente, el facilitador pide a los participantes que tomen el paliacate y lo muerdan, tomándolo por un extremo mientras muerden y jalan el paliacate.</p>	*Paliacate.	
12:20 a 12:25	Cuello	*Descargar la tensión del cuello.	*El facilitador pide a los participantes que hagan respiraciones profundas y emitan el sonido “mmm...” de modo prolongado, mientras echan fuera el aire por la nariz.	*Laminas con la información pertinente.	5 min.
12:25 a 12:40	Hombro, manos y brazo	*Descarga de la tensión de hombros, manos y brazos.	<p>El facilitador pide a los participante que:</p> <p>* Levanten los hombros casi hasta alcanzar las orejas, mantenerlos así por un momento aguantando la respiración, y depuse dejarlos caer con fuerza mientras expulsamos el aire de los pulmones (se repite 25 veces, 5min.).</p> <p>* Doble el paliacate y lo retuerzan con las manos vigorosamente (5min).</p> <p>* Muevan suavemente una mano, luego la levanten como si aventaran una pelota y repitan la acción con la otra mano (5min.).</p>	*Laminas con la información pertinente.	15 min.
12:40 a 12:55	Tórax y espalda	*Descarga de la tensión tórax y espalda.	<p>El facilitador pide a los participantes se coloquen de pie con los brazos a los lados del cuerpo y las palmas hacia las piernas, luego se doblan las muñecas para que queden paralelas al techo. Mientras que se inhala profundamente se alzan los brazos hacia delante y arriba, manteniéndolos rectos y paralelos. Cuando los brazos están sobre la cabeza se exhala con fuerza (5min.).</p> <p>*El facilitador pide que los participantes estando de pie en codazos hacia tras.</p> <p>* Empuñando las manos, empujar los puños como si atuvieran lavando.</p> <p>* Con las manos empuñadas y levantar los brazos en forma paralela al nivel de los hombros, entonces abrir y cerrar.</p>	*Laminas con la información pertinente.	15 min.
12:55 a 1:10	Piernas	*Descargar las tensiones de las piernas	<p>El facilitador pide a los participantes que:</p> <p>*Sacudan un pie y luego el otro; una pierna y luego la otra. Luego que sacudan las piernas y la cadera.</p> <p>* Estando de pie tiren patadas al frente con una pierna y luego con la otra.</p>	*	15 min.
13:10 a 13:45	Dos renglones	<p>*Manejo de la comunicación verbal escrita.</p> <p>*Permitir el intercambio emocional.</p> <p>*Fortalecer el auto-imagen de los participantes.</p>	<p>El facilitador provee a cada participante de tarjetas de acuerdo al número de participantes. Se escribe el nombre de cada participante por tarjeta. En el reverso de la tarjeta se escribe en 2 renglones un pensamiento, buen deseo, dirigido al compañero designado en cada tarjeta (15min).</p> <p>Al terminar se entregan a los designatarios en propia mano.</p> <p>* Se forman subgrupos para discutir la experiencia, después se nombra un representante para expresar en la reunión en grupo sus experiencias (15min).</p> <p>Se llegan a conclusiones (5min.).</p>	*Tarjetas blancas y lápices.	35 min.
13:45 a 13:55	Plenario	*Comentarios finales	<p>*Reseña de lo visto durante la sesión.</p> <p>*Resaltar la importancia de cada ejercicio.</p> <p>*Permitir que los participantes expresen sus sugerencias y comentarios</p>	*	10 min.

			sobre la sesión.		
1:55 a 14:00	Cierre	*Agradecer la participación del grupo. *Que los participantes expresen lo experimentado en la sesión	* El facilitador pide a los participantes que resuman en una sola palabra la experiencia de la sesión. * El facilitador agradece la participación del grupo.	*	5 min.
<b>Sesión: 2</b>		<b>Fecha: 21 de Junio</b>	<b>Lugar: Salón amplio e iluminado</b>		
<b>Horario</b>	<b>Técnica</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Desarrollo</b>	<b>Recursos Materiales</b>	<b>Duración</b>
10:00 a 10:15	Recordando la sesión anterior	*Señalar lo más importante de la sesión anterior, con la finalidad de introducirnos a las actividades consecuentes. * Hacer comentarios y responder dudas sobre la sesión pasada.	* El facilitador permite que los participantes expongan libremente lo que se vio la sesión anterior. * Se hacen comentarios y se aclaran algunas interrogantes que hayan surgido de la sesión pasada.	*	15 min.
10:15 a 10:50	Pares y cuartetos	*Ruptura de la tensión inicial. *Lograr un mayor conocimiento del grupo.	El facilitador pide a los participantes que: *Cada persona busque un compañero con el que se sienta más distante en ese momento. * El que tome la palabra inicialmente se le nombra como "A", La otra persona es "B". Durante 5 min. "A" platica de sí mismo tanto como pueda, "B" sólo puede escuchar. Después "A" escuchara a "B". * Cada pareja escoge otra con la que se sienta distante en ese momento y comparten la experiencia anterior durante 15 min. * Transcurrido este tiempo se comparte las sensaciones y sentimientos del grupo 10min.	*	35 min.
10:50 a 11:50	Intención y querer	*Sensibilizar a los participantes en la indagación de motivos personales de acción. *Permitir el acercamiento hacia la intencionalidad en tanto núcleo de la motivación.	El facilitador pide a los participantes que: * Ubiquen 5 acciones particularmente significativas, que dentro de su vida cotidiana, se requieran realizar, pero <b>no puedan</b> llevarlas a cabo. Después se les pide que las anoten en las hojas. *Se reúne el grupo y se pide que cada participante lea sus frases cambiando la palabra <b>no puedo</b> por <b>quiero</b> . * Para finalizar se provoca a la reflexión y se trata de llegar a conclusiones.	* Hojas y lápices.	60 min.
11:50 a 11:55	Cuello	*Descargar la tensión del cuello.	*El facilitador pide a los participantes que hagan respiraciones profundas y emitan el sonido diferentes animales de modo prolongado, mientras echan fuera el aire por la nariz.	*Laminas con la información pertinente.	5 min.
11:55 a 12:05	Hombro, manos y brazo	*Descarga de la tensión de hombros, manos y brazos.	El facilitador pide a los participante que: * Caminen en circulo soltando el cuerpo, después se pide que continúen pero apretando el cuerpo (hombros, piernas, pompas). Se vuelve a caminar con el cuerpo flojo y así sucesivamente. * Pasado un momento, se pide que caminen como tambaleándose y que alternen caminado como soldados.	*Laminas con la información pertinente.	10 min.
12:05 a 12:15	Tórax y espalda	*Descarga de la tensión tórax y espalda.	El facilitador pide a los participantes se coloquen de pie, que inhalen y exhalen, después se pide que hagan una respiración profunda que retengan el aire en los pulmones y agiten su cuerpo vigorosamente y suelten el aire. Se repite la acción.	*Laminas con la información pertinente.	10 min.
12:15 a	Receso	*Receso			10 min.

12: 25					
12:25 a 13:25	Doble columna	*Detectar y corregir los errores lógicos del pensamiento.	El facilitador entregara a cada participante una hoja con tres columnas y explicara la finalidad de cada columna y como debe llenarse. * Primero el participante llenara las primeras 2 columnas, anotando en una los eventos y situaciones ante los cuales la persona se siente molesta o deprimida. En la segunda anotara el pensamiento espontáneo que provoca el evento o situación. El participante evalúa como el estado emocional que esto le provoca. * Se comparte las experiencias y emociones en grupo. * Por último, se anota en la tercera columna una breve interpretación alternativa más razonable y optimista. El participante evalúa el estado emocional que esto le provoca	*Laminas con la información pertinente. *Hojas y lápices	60 min.
13:25 a 13:45	Plenario	*Comentarios finales	*Reseña de lo visto durante la sesión. *Resaltar la importancia de cada ejercicio. *Permitir que los participantes expresen sus sugerencias y comentarios sobre la sesión.		20 min.
13:45 a 14:00	Cierre	*Agradecer la participación del grupo. *Que los participantes expresen lo experimentado en la sesión	* El facilitador pide a los participantes que resuman en una sola palabra la experiencia de la sesión. * El facilitador agradece la participación del grupo.		15 min.

<b>Sesión: 3</b>		<b>Fecha: 23 de Junio</b>	<b>Lugar: Salón amplio e iluminado</b>		
<b>Horario</b>	<b>Técnica</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Desarrollo</b>	<b>Recursos Materiales</b>	<b>Duración</b>
10:00 a 10:15	Recordando la sesión anterior	*Señalar lo más importante de la sesión anterior, con la finalidad de introducirnos a las actividades consecuentes. * Hacer comentarios y responder dudas sobre la sesión pasada.	* El facilitador permite que los participantes expongan libremente lo que se vio la sesión anterior. * Se hacen comentarios y se aclaran algunas interrogantes que hayan surgido de la sesión pasada.	*	15 min.
10:15 a 11:15	Laboratorio vivencial de la conducta humana.	*Exponer la dinámica de la relación de ayuda. * Mostrar las limitaciones y dificultades que ofrece.	* El facilitador provee a cada participante una hoja de instrucciones. Se pide que formen cuartetas. * Se nombran a los participantes con "O" observador y moderador, "P" plantea un problema, "Q" plantea preguntas, "R" plantea respuestas. * Transcurrido un tiempo los subgrupos deben haber logrado un análisis del planteamiento del problema, de la efectividad de la ayuda prestada por "Q" y "R". * El reporte se discute en grupo.	* Hojas de instrucciones. * Hojas y lápices.	60 min.
11:15 a 12:15	Creencias falsa	* Hacer una revaloración de las creencias falsas.	*El facilitador entrega a cada participante un listado de creencias falsas. Se pide que las analice individualmente y después se discuten en grupo. * Se pide a los participantes que elaboren su propia lista de manera individual. Después se discute en grupo.	*Laminas *Lista de creencias falsas. *Hojas y	60

				lápices.	
12:15 a 12: 25	Receso	*Receso			10 min.
12:25 a 12:55	Pensamientos indeseables	* Frenar los pensamientos indeseables.	<p>* El facilitador pide a los participantes busquen una pareja se nombran como "A" y "B".</p> <p>* "A" expresa en voz alta sus pensamientos indeseables, en tanto "B" interrumpe repetidamente gritando "¡Alto!". Después se repite lo mismo pero ahora "B" toma el lugar de "A" y viceversa.</p> <p>* En grupo, se pide a los participantes que griten "¡Alto!" cuando tenga un pensamiento desagradable.</p>	*	30 min.
12:55 a 13:25	Tarjetas	<p>*Sensibilizar a los participantes sobre sí mismos.</p> <p>*Facilitar la autocrítica y la imaginación de algunas posibilidades en la vida de cada quien.</p>	<p>* El facilitador entrega 8 tarjetas a cada participante.</p> <p>* pide que en cada tarjeta escriban ocho respuestas diferentes para la pregunta ¿Quién soy yo?, la respuesta debe ser concreta y que hable claramente de un aspecto de la persona.</p> <p>* Se pide que una vez terminado de escribir revuelvan un poco sus tarjetas.</p> <p>* Se pide que los participantes tomen una tarjeta y respondan ala pregunta ¿Qué me pasaría a mi si dejo de ser...?</p> <p>* Se pide que los participantes entreguen las tarjetas, por lo que lo conozcan los demás, al facilitador, éste tomara una y preguntara al grupo ¿De quién creen que es esta tarjeta y por qué?, después se pide al autor de la tarjeta diga quien es.</p> <p>*reflexión en grupo.</p>	*Tarjetas y Lápices.	30 min.
13:25 a 13:35	Aplicación del post-test	* Aplicar un instrumento de medición a los participantes (será utilizado posteriormente junto con el pre-test para evaluar la productividad del taller)	* El facilitador reparte a los participantes, el cual tendrá que responderse de manera individual.	*Cuestionario de pos-test y bolígrafos.	10 min.
13:35 a 13:55	Clausura merecida	*Desarrollar la auto-evaluación en términos de los resultados alcanzados. *	<p>* El facilitador anuncia la clausura del taller.</p> <p>* Llama a cada participante para entregarle la constancia de participación.</p> <p>* Se pide a cada participante que expresen al grupo por que creen merecer dicha constancia.</p>	*Constancias de participación	20 min.
13:55 a 14:00	Cierre	*Agradecer la participación del grupo. *Que los participantes expresen lo experimentado en la sesión	<p>* El facilitador agradece la participación del grupo.</p> <p>* El facilitador pide a los participantes que resuman en una sola palabra la experiencia de la sesión.</p>	*	5 min.

## 9.11. Anexo 3 Pre-test



ESTAR BIEN PARA DAR



ESTAR BIEN PARA DAR

### CUESTIONARIO

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: ( 1 ) Femenino ( 2 ) Masculino

**Instrucciones:** Marque con "X" la opción que más se acerque a tu opinión, acerca de cómo se ha sentido **durante esta semana**.

**Ejemplo:**

		Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
1.	Realmente no le preocupa lo que le ocurra al paciente	4	3	<del>2</del>	1

Por ejemplo: aquí alguien marcó el número 2 por que considera que pocas veces realmente no le importa lo que le ocurra al paciente.

**Nota:** No hay respuestas correctas ni incorrectas, buenas o malas. Es importante que usted conteste cada una de las preguntas con la mayor sinceridad y precisión posible. Sólo use los espacios disponibles. La información que nos brinde es estrictamente confidencial, y será usada sólo con fines de investigación en ciencias sociales.

		Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
1.	Se ha sentido triste	4	3	2	1
2.	Se ha sentido estimulado(a) después de estar con el paciente	4	3	2	1
3.	<b>Cree que trata usted al paciente como si fuera un objeto impersonal</b>	4	3	2	1
4.	<b>Le preocupa que ser cuidador(a) le endurezca emocionalmente</b>	4	3	2	1
5.	Se ha sentido deprimido(a)	4	3	2	1
6.	Ha podido crear fácilmente una atmósfera relajada con el paciente	4	3	2	1
7.	Ha tratado eficazmente los problemas del paciente	4	3	2	1
8.	<b>Siente que el paciente lo culpa a usted por alguno de sus problemas</b>	4	3	2	1
9.	Se ha sentido cansado(a) después de haber estado con el paciente	4	3	2	1
10.	Se ha sentido fatigado cuando se levanta por la mañana	4	3	2	1
11.	Ha sentido que influye positivamente con su labor en la vida de las personas	4	3	2	1
12.	<b>Cuando está con el paciente trata los problemas emocionales con mucha calma</b>	4	3	2	1
13.	Se ha sentido con "sobrecarga emocional " por ser cuidador(a)	4	3	2	1
14.	Ha conseguido muchas cosas útiles al cuidar del paciente	4	3	2	1
15.	Se ha sentido acabado	4	3	2	1
16.	Trabajar todo el día con el paciente ha sido un esfuerzo	4	3	2	1
17.	Se ha sentido emocionalmente agotado(a) por su labor(a)	4	3	2	1
18.	Se ha sentido frustrado por ser cuidador(a)	4	3	2	1
19.	Se ha sentido estresado al trabajar directamente con las personas	4	3	2	1

## 9.12. Anexo 4 Pos-test



ESTAR BIEN PARA DAR



ESTAR BIEN PARA DAR

### CUESTIONARIO

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** ( 1 ) Femenino ( 2 ) Masculino

**Instrucciones:** Marque con "X" la opción que más se acerque a tu opinión, acerca de cómo se ha sentido **durante esta semana**.

#### Ejemplo:

		Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
1.	Ha tratado los problemas emocionales con calma cuando está con el paciente	4	3	<del>2</del>	1

Por ejemplo: aquí alguien marcó el número 2 por que considera que pocas veces ha tratado los problemas emocionales con calma al estar con el paciente.

**Nota:** No hay respuestas correctas ni incorrectas, buenas o malas. Es importante que usted conteste cada una de las preguntas con la mayor sinceridad y precisión posible. Sólo use los espacios disponibles. La información que nos brinde es estrictamente confidencial, y será usada sólo con fines de investigación en ciencias sociales.

		Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
1.	Se ha sentido estresado al trabajar directamente con las personas	4	3	2	1
2.	Ha podido crear fácilmente una atmósfera relajada con el paciente	4	3	2	1
3.	Ha tratado eficazmente los problemas del paciente	4	3	2	1
4.	Se ha sentido deprimido(a)	4	3	2	1
5.	Se ha sentido con "sobrecarga emocional " por ser cuidador(a)	4	3	2	1
6.	Se ha sentido fatigado cuando se levanta por la mañana	4	3	2	1
7.	Ha sentido que influye positivamente con su labor en la vida de las personas	4	3	2	1
8.	Se ha sentido cansado(a) después de haber estado con el paciente	4	3	2	1
9.	Se ha sentido estimulado(a) después de estar con el paciente	4	3	2	1
10.	Ha conseguido muchas cosas útiles al cuidar del paciente	4	3	2	1
11.	Se ha sentido triste	4	3	2	1
12.	Trabajar todo el día con el paciente ha sido un esfuerzo	4	3	2	1
13.	Se ha sentido emocionalmente agotado(a) por su labor(a)	4	3	2	1
14.	Se ha sentido frustrado por ser cuidador(a)	4	3	2	1
15.	Se ha sentido acabado	4	3	2	1

## 9.13. Anexo 5

### Lista de participantes

Lista de participantes del taller “**Descarga de tensiones: estar bien para dar**”,

Junio de 2006.

1. Alicia **A**guilar Reséndiz
2. Yazmín Evelyn **A**llende Flores
3. Isela Noemí **C**antarell Espinosa
4. María del Carmen **C**ardona Martínez
5. Nora Patricia **D**ávalos Sainz
6. María del Carmen **F**ernández Cano Herrera
7. Concepción **G**arcía Hernández
8. Mirza Pamela **G**uerra Gómez
9. Leonardo **P**érez Servín
10. Montserrat **M**acías Iglesias
11. Rosa Maria **M**edina Maltos
12. Miriam Selene **S**omera Martínez

**9..14. Anexo 6**  
**Constancia de participación**



ESTAR BIEN PARA DAR



ESTAR BIEN PARA DAR

OTORGA LA PRESENTE  
**CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN**  
a:

*Montserrat Macías Iglesias*

Por su asistencia y destacada participación en el taller “**Descarga de tensiones: Estar bien para dar**”, realizado los días 19, 21 y 23 de Junio de 2006, dentro de las instalaciones de la **Fundación San Judas Tadeo I. A. P.** con una duración de 12 horas.

---

**Aglaé González Ramírez**  
Facilitador del taller

---

**Mtro. Carlos Fernando Ortiz Lachica**  
Profesor-investigador de la **UAM-I**  
Asesor general del proyecto

## 9.15. Anexo7 Agradecimiento



ESTAR BIEN PARA DAR



ESTAR BIEN PARA DAR

### OTORGA EL PRESENTE **AGRADECIMIENTO**

a:

*Rosa María Medina Maños*

Directora de la Fundación San Judas Tadeo I. A. P.

Por su colaboración en la realización del taller: “**Descarga de tensiones: Estar bien para dar**”, realizado los días 19, 21 y 23 de Junio de 2006, dentro de las instalaciones de la Fundación.

---

**Aglaé González Ramírez**  
Facilitador del taller

---

**Mtro. Carlos Fernando Ortiz Lachica**  
Profesor-investigador de la **UAM-I**  
Asesor general del proyecto

División de Ciencias Sociales y Humanidades

*Cuidando a un enfermo: afrontamiento, estrés,  
burnout y apoyo social percibido*

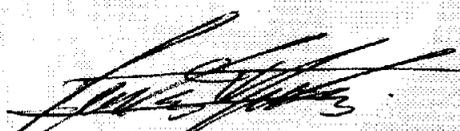
**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL**

Presenta:

**Aglaé González Ramírez**

Asesores:



---

Mtro. Carlos César Contreras Ibáñez



---

Mtra. Alicia Saldívar Garduño



---

Mtro. Carlos Fernando Ortiz Lachica