

Estado psicológico y físico relacionado con estilos de afrontamiento en cuidadores primarios informales de pacientes con EVC

Psychological and physical status related to coping styles in caregivers of stroke patients

Gabriel Valadez-Roque,* Susana Martín del Campo-Arias,‡
Claudia Hernández-Arenas‡

* Postgrado de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
‡ Servicio de Rehabilitación de Enfermedad Vasculares Cerebrales, Instituto Nacional de Rehabilitación-LGII.

Dirección para correspondencia:
Gabriel D Valadez-Roque
Torre de Investigación 1er. piso,
Calzada México-Xochimilco 289,
Colonia Arenal de Guadalupe, 14389
Tlalpan, Ciudad de México.
Tel: 59 99 10 00 + 19215
E-mail: gvaladez@inr.gob.mx

Recibido: 20 de enero de 2016.
Aceptado: 26 de noviembre de 2016.

Este artículo puede ser consultado en
versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/rid>

Palabras clave:

Cuidador primario informal,
estilos de afrontamiento,
estado psicológico, estado físico.

Key words:

Caregiver, coping styles,
psychological state, physical
state.

Resumen

Objetivo: Determinar la presencia de desórdenes físicos y psicológicos en cuidadores primarios informales de pacientes con secuelas en enfermedad vascular cerebral y su relación con los estilos de afrontamiento. **Material y métodos:** Se recolectó información demográfica de 115 diadas paciente-cuidador, datos del estado funcional (índice de Barthel) de los pacientes así como puntajes de estilos de afrontamiento, síntomas psicológicos (estrés, ansiedad, sobrecarga, depresión) y modulación del SNA (variabilidad de la frecuencia cardíaca) de los cuidadores. **Resultados:** La edad promedio de los cuidadores fue de 47 (\pm 13) años, 81 fueron mujeres y 46 habían sido diagnosticados con alguna enfermedad médica. El estilo de afrontamiento directo revalorativo hacia la vida y hacia el paciente correlacionó negativamente con la depresión ($r = -.241$ y $r = -.237$, respectivamente). El estilo emocional negativo hacia la vida y hacia el paciente correlacionó positivamente con el estrés ($r = .462$ y $r = .402$, respectivamente), la ansiedad ($r = .405$ y $r = .485$, respectivamente) y la depresión ($r = .439$ y $r = .511$, respectivamente). La actividad simpática del cuidador correlacionó positivamente con el ingreso económico ($r = .254$) y negativamente con el tiempo como cuidador ($r = -.259$). **Conclusión:** El hecho de cuidar a un enfermo afecta negativamente la salud de los cuidadores y los estilos de afrontamiento están asociados con la presencia de psicopatología en esta población, dichos estilos deben ser tomados en cuenta al diseñar intervenciones para esta población y para el proceso de rehabilitación en términos generales.

Abstract

Aim: To determine the prevalence of physical and psychological disorders in caregivers of patients with stroke sequelae and their relation with caregiver's coping styles. **Material and methods:** Demographic data of 115 patient-caregiver dyads were collected as well as data about functional status (Barthel index) of patients and coping styles, psychological symptoms (stress, anxiety, burden and depression) and ANS modulation in caregivers (by means of heart rate variability). **Results:** The mean age of caregivers was 47 ± 13 years, 81 were women, and 46 were diagnosed with a disease. The direct reframing coping style toward life and toward the patient correlated negatively with depression ($r = -.241$ and $r = -.237$, respectively). The emotional negative coping style toward life and toward the patient correlated positively with stress ($r = .462$ and $r = .402$, respectively), anxiety ($r = .405$ and $r = .485$, respectively) and depression ($r = .439$ and $r = .511$, respectively). We also found a positive correlation between caregiver's income and sympathetic activity ($r = .254$) and a negative correlation between the time as caregiver in months and sympathetic activity ($r = -.259$). **Conclusion:** Caregiving affects negatively over the caregivers health and coping styles are associated with the presence of psychopathology this population, these strategies can be taken into account when designing psychological interventions for this population and for the rehabilitation process in general terms.

Introducción

Los cuidadores primarios informales son aquellas personas que, operando fuera de las instituciones de salud, proveen apoyo diario y a largo plazo a personas con discapacidad.¹ Suelen ser mujeres entre 41 y 64 años de edad, amas de casa, con estudios de primaria y emparentadas con el paciente.²⁻⁵ Proveen cuidado en 75% de los casos totales de discapacidad, brindando servicios instrumentales y de higiene personal. Comparten domicilio con el paciente, cuidándolo diariamente sin remuneración económica por dicha labor. Asumen esta función convencidas de que nadie más podría desempeñarla o de que su paciente podría ser rechazado por otros.⁶⁻¹⁰

La EVC es la causa más frecuente de discapacidad, un tercio de los sobrevivientes presenta secuelas graves y aproximadamente 75% pierde sus facultades para reincorporarse laboralmente.¹¹⁻¹³ Los cuidadores enfrentan pues un desafío enorme¹⁴ al tratar con el deterioro físico, psicosocial y cognitivo de los pacientes.^{15,16}

El deterioro de la salud del cuidador ha sido identificado como un factor de riesgo en el manejo de responsabilidades del cuidado con efectos negativos potenciales en el paciente.¹⁷ La interacción entre paciente y cuidador es sumamente importante para el resultado del tratamiento, por tanto el estado de salud del cuidador requiere atención específica que facilite el proceso de adaptación al nuevo rol y favorezca la rehabilitación.

Estrés, ansiedad y depresión son psicopatologías comórbidas comunes en los cuidadores.¹⁸⁻²² Asimismo, en las últimas décadas diversos estudios han revelado que un porcentaje elevado de los cuidadores de pacientes con lesión neurológica o enfermedad psiquiátrica reportan sobrecarga intensa.^{18,20,23}

La forma en que los cuidadores afrontan su situación, es decir, las respuestas cognitivas y conductuales de adaptación ante esta condición nueva y estresante²⁴ afecta su estado de salud y el cuidado que brindan. Diferentes investigaciones han reportado que el uso de estrategias disfuncionales de afrontamiento (culpa, negación, distracción/evitación-escape)^{25,26} junto con la falta de estrategias centradas en la emoción^{27,28} media la relación entre estresantes primarios, ansiedad y depresión en cuidadores. Se ha corroborado también que los estilos de afrontamiento centrados en la emoción evitan el desarrollo de ansiedad después de un año de cuidado²⁷ y que los estilos de negación, culpa y planeación predicen la evolución de depresión.²⁹

El estrés que experimenta el cuidador, así como el desarrollo de sintomatología ansiosa y/o depresiva

están correlacionados con el deterioro de su salud a través de los siguientes mecanismos:³⁰ 1) tensión muscular, lesiones esqueléticas, aumento de los efectos de enfermedades crónicas como la artritis, diversas molestias físicas y dolor,³¹ 2) cambios en actividades relacionadas con la salud (dieta, ejercicio, hábitos de sueño),³¹ 3) efectos fisiológicos del estrés, aumento de la susceptibilidad a enfermedades infecciosas y 4) cambios en la activación simpática y reactividad cardiovascular que incrementan el riesgo de hipertensión y enfermedad cardíaca.^{32,33} Asimismo, el grado de estrés del cuidador se asocia con niveles altos de comorbilidad, siendo las más frecuentes diabetes mellitus, dolor crónico y trastornos de tipo cardiovascular.³²⁻³⁵

Cerca de 50% de los cuidadores no se realiza procedimientos médicos preventivos argumentando falta de dinero, de tiempo o no tener quién se haga cargo del paciente. Además, la práctica de conductas de riesgo tales como el tabaquismo, alcoholismo y la automedicación son comunes en esta población.³⁶

El análisis de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC) utilizado para el estudio de la modulación autonómica³⁷ podría ser útil en la investigación sobre la salud de los cuidadores, puesto que los estados psicológicos ejercen influencia en la VFC,³⁸⁻⁴¹ por ejemplo, el estrés y la ansiedad activan el SNA de manera que las variaciones de la frecuencia cardíaca son menores.⁴² La depresión, en particular sus síntomas somáticos, está asociada con la reducción de la variabilidad cardíaca que propicia la presencia de arritmias.^{39,43,44} La autorregulación emocional y la manifestación de respuestas emocionales adecuadas ante situaciones estresantes (estilos de afrontamiento) están asociadas con mayor nivel de VFC en reposo.⁴⁵⁻⁴⁷

El objetivo de esta investigación fue determinar la presencia de trastornos psicológicos y físicos en cuidadores de pacientes con secuelas de EVC y su relación con los estilos de afrontamiento y la actividad del sistema nervioso autónomo, además de generar una propuesta global de intervención desde la perspectiva de la psicología de la salud para esta población con base en los resultados obtenidos.

Material y métodos

Sujetos de estudio

Se invitó a 115 cuidadores (n = 115) de pacientes con secuelas de EVC atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INR-LGII, Ciudad de México) a participar de manera abierta y consecutiva en el estudio. Los cuidadores partici-

pantes fueron contactados en consulta externa del área de Rehabilitación Neurológica del INR por dos médicos especialistas quienes los refirieron al área de electrodiagnóstico para la firma del consentimiento informado e inicio de la evaluación. Se incluyeron de la muestra cuidadores mayores de edad que accedieron a participar y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron del análisis final 15 cuidadores por los siguientes motivos: ocho de ellos llevaban menos de un mes desempeñando ese papel ($n = 8$), cinco más recibían remuneración económica por su labor ($n = 5$) y dos no completaron la evaluación ($n = 2$). Los análisis presentados se llevaron a cabo a partir de los datos recabados en una muestra de 100 cuidadores no remunerados ($n = 100$) de pacientes con EVC de primera vez, lo cual se confirmó mediante el expediente médico. El diagnóstico de EVC fue realizado por dos neurólogos expertos de acuerdo con los criterios propuestos por la Organización Mundial de la Salud. Los criterios de eliminación fueron: 1) ser menor de 18 años, 2) carecer de la capacidad para comprender o responder las preguntas del estudio o 3) rehusar la firma del consentimiento informado.

Procedimiento

Cada participante completó el siguiente protocolo:

1) firma del consentimiento informado, 2) entrevista sociodemográfica, 3) medición de la frecuencia cardíaca en condiciones de 2 min con ojos cerrados y 2 min con ojos abiertos (se presentan los resultados de esta condición), 4) *test* de estrés, 5) *test* de ansiedad, 6) *test* de carga del cuidador, 7) *test* de estilos de afrontamiento y 8) *test* de depresión. La duración total del procedimiento fue de 30 a 45 min y el orden fue el mismo para cada participante, de manera que la medición de la VFC no se viera afectada por el efecto de acarreo derivado de los *test* psicológicos. El estudio fue aprobado por las comisiones de investigación y ética del INR.

Instrumentos

- **Entrevista semiestructurada:** cuestionario con 25 preguntas, 9 relacionadas con el paciente y 16 con el cuidador sobre sus principales datos demográficos, estado de salud física y rol del cuidador.
- **Fotopletismógrafo y programa de análisis espectral de la VFC, UAMI-OY (diseñado por el Mtro. I.B. Óscar Yáñez Suárez):** fotopletismógrafo comercial emWave® que detecta y calcula los inter-

valos R-R en milisegundos, descargándolos a una PC Toshiba® y utilizados posteriormente para el cálculo de los componentes de variabilidad de la VFC, en específico la razón de baja frecuencia sobre alta frecuencia (BF/AF) siguiendo los lineamientos de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Norteamericana de Ritmos y Electrofisiología.³⁷

- **Índice de Barthel:**⁴⁸ mide la capacidad de una persona para realizar 10 actividades de la vida diaria consideradas como básicas, obteniendo una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Para cada actividad existe una puntuación de 0.5 a 10; la suma de 100 puntos indica independencia total y 0 puntos dependencia total.
- **Cuestionario de percepción estrés de Cohen:** instrumento para medir estrés basado en la percepción de control. Se utilizó la versión adaptada a la población mexicana (alfa de Cronbach = 0.83).⁴⁹
- **Inventario de ansiedad de Beck:** versión adaptada a la población mexicana. Escala autoaplicable de 21 reactivos que evalúan la intensidad de la sintomatología ansiosa (alfa de Cronbach = 0.83).⁵⁰
- **Escala de carga del cuidador de Zarit:** versión adaptada a la población mexicana. Mide el grado de sobrecarga en el cuidador. Consta de 22 ítems tipo Likert (alfa de Cronbach = 0.90).⁵¹ Al final de esta escala se incluyó una pregunta con cinco opciones de respuesta (excelente, muy buena, buena, regular y mala) sobre la percepción que el cuidador tenía sobre el deterioro de su salud en general, con la intención de obtener un indicador global cuantificable del estado de salud de cada participante.
- **Escala multidimensional y multisituacional de estilos de afrontamiento a los problemas:**⁵² escala tipo Likert pictórica con siete opciones de respuesta, integrado por seis situaciones problema (vida, escuela/trabajo, familia, amigos, pareja y salud), en la que cada situación posee 18 reactivos. Para esta investigación se utilizaron sólo las escalas de vida (alfa de Cronbach = 0.74) y trabajo (alfa de Cronbach = 0.75); esta última se adaptó para que la situación problema fuera el cuidado del paciente. Los estilos de afrontamiento que evalúa son directo revalorativos (D-Re) –comportamientos dirigidos a solucionar un problema o a aceptarlo–, emocional negativo (E-Ne) –comportamientos dirigidos a expresar desagrado o malestar por un problema–, evasivo (Ev) –comportamientos dirigidos a evitar un problema– y apoyo social (A-So) –comportamientos dirigidos a buscar ayuda ante un problema–.
- **Inventario de depresión de Beck:** versión adaptada a la población mexicana. Escala autoaplicable

de 21 reactivos, cada cual con 4 afirmaciones que describen el espectro de la gravedad de la categoría sintomática evaluada (alfa de Cronbach = 0.8).⁵³

Análisis estadístico

Se realizaron análisis descriptivos de las variables estudiadas en cuidadores (demográficas, fisiológicas de estado psicológico y físico) y en pacientes (demográficas y de funcionalidad). Se llevaron a cabo correlaciones de Pearson para las variables medidas en cuidadores, pacientes y entre cuidadores-pacientes. Por otra parte, se hicieron comparaciones mediante la prueba t de Student entre variables de funcionalidad en pacientes formando grupos por sexo y grado de dependencia, así como comparaciones entre variables psicológicas/fisiológicas en cuidadores formando grupos por sexo, descanso del cuidado y diagnóstico de enfermedad.

Resultados

Análisis de los pacientes

La edad promedio de los pacientes con EVC fue de 62 años con una evolución de 446 días. De 58 del sexo femenino, 47 reportaron estar casados, 25 contaban con estudios de primaria completa, 33 eran empleados antes del evento y 42 tenían un grado de dependencia leve. Al realizar el análisis de los pacientes se observó correlación significativa ($p < 0.05$) negativa entre la edad del paciente y las puntuaciones de dependencia en actividades de la vida diaria ($r = -.254$), así como una correlación positiva entre el tiempo de evolución en días y la capacidad de deambular de manera voluntaria ($r = .212$).

En la actividad de deposición, el grupo de sexo masculino (media = 8.9, DE = 2.8) obtuvo puntuaciones significativamente mayores ($t = -2.3$, $gL = 97$) que el grupo de sexo femenino (media = 7.4, DE = 3.5). Por otra parte, los pacientes con un grado de dependencia total tenían menos días de evolución (media = 144.8, DE = 99.5) que los pacientes con un grado de dependencia leve (media = 509, DE = 611) y esta diferencia fue significativa ($t = 3.6$, $gL = 47$).

Análisis de los cuidadores

La edad promedio de los cuidadores fue de 47 años y dedicaban 9 horas diarias al cuidado, con un ingreso mensual de 5,389 pesos (*Cuadro I*). Fueron 81 mujeres y 19 hombres, 51 reportaron estar casados, 34

tenían estudios de secundaria completa, 46 tenían como ocupación principal las labores domésticas, 46 eran hijos del paciente con EVC, 83 reportaron no haber descansado del cuidado por más de tres días y 46 estaban diagnosticados con alguna enfermedad (hipertensión = 17.4%, diabetes = 12.6%, artritis = 7.9%), algunos cuidadores puntuaron en más de un diagnóstico).

Con respecto a las características psicológicas de los cuidadores, el promedio del grado de estrés fue de 18 puntos (rango moderado), ansiedad 14 puntos (rango leve), depresión 10 puntos (rango leve) y carga del cuidador 30 puntos (rango de no sobrecarga). La percepción del deterioro en la salud fue en promedio de 30 puntos (rango de buena salud). El principal estilo de afrontamiento reportado hacia la vida y el paciente fue el directo revalorativo (85 y 80% respectivamente), el estilo de afrontamiento hacia la vida elegido en segundo lugar fue el emocional negativo (61%) y hacia el paciente fue el de apoyo social (71%) (*Cuadro II*).

Correlaciones en cuidadores

Las principales correlaciones positivas se observaron entre depresión, estrés, ansiedad, carga y percepción de deterioro en la salud. De igual manera el estilo de afrontamiento emocional negativo hacia la vida y hacia el paciente correlacionaron positivamente con estrés, ansiedad, depresión, carga y percepción del deterioro en la salud. El estilo de afrontamiento evasivo hacia la vida correlacionó positivamente con la percepción de

Cuadro I. Características demográficas de los cuidadores.

	Media	DE	Mín.	Máx.
Edad	47	13	18	83
Horas de cuidado	9	4	1	19
Ingreso	5,389	4,993	0	30,000
Meses como cuidador	13	17	1	93
Personas que ayudan al cuidado	3	1	0	7
Número de hijos	2	1	0	6

deterioro en la salud. El estilo directo revalorativo hacia la vida y el paciente correlacionó de manera negativa con la depresión (*Cuadro III*). Se reportaron también correlaciones negativas significativas entre el grado de

autocuidado y de movilidad del paciente y el estilo de afrontamiento de apoyo social del cuidador ($r = -.221$ y $r = -.259$, respectivamente). Para concluir, se detectó correlación positiva entre el ingreso del cuidador y la actividad simpática ($r = .254$) y correlación negativa entre el tiempo como cuidador en meses y la actividad simpática ($r = -.259$).

Cuadro II. Características psicológicas de los cuidadores.

	Media	DE	Mín.	Máx.
Estrés	18	6	3	30
Ansiedad	14	10	0	47
Depresión	10	7	0	30
Sobrecarga	30	14	5	66
Salud	30	5	20	50
Vida D-Re (%)	85	14	33	100
Vida E-Ne (%)	61	19	14	100
Vida Ev (%)	54	20	14	89
Vida A-So (%)	60	23	14	100
Paciente D-Re (%)	80	16	26	100
Paciente E-Ne (%)	60	19	14	96
Paciente Ev (%)	58	21	14	100
Paciente A-So (%)	71	21	14	100

Comparaciones en cuidadores

Las puntuaciones de las mujeres fueron mayores que las de los hombres en el grado de estrés (media = 18.7, DE = 5.5 versus media = 14.3, DE = 6.4; $t = 2.9$, $gL = 38$), el estilo de afrontamiento evasivo hacia la vida (media = 56, DE = 18.6 versus media = 43, DE = 20.2; $t = 2.7$, $gL = 38$) y percepción de deterioro en la salud (media = 33.6, DE = 6.7 versus media = 30.5, DE = 5.2; $t = 2.1$, $gL = 33$). Los cuidadores que habían tenido más de tres días de descanso presentaron niveles menores de estrés (media = 14.8, DE = 5.2 versus media = 18.5, DE = 5.9; $t = -2.4$, $gL = 38$) y ansiedad (media = 8, DE = 5.9 versus media = 15.3, DE = 10.1; $t = -4$, $gL = 38.4$) con respecto a quienes no habían descansado. Asimismo, quienes padecían alguna enfermedad tuvieron puntuaciones mayores de estrés (media = 19.4, DE = 5.7 versus media = 16.5, DE = 5.9; $t = 2.4$, $gL = 98$), ansiedad (media = 16.3, DE = 10.4 versus media = 12.1, DE = 9.1; $t = 2.1$, gL

Cuadro III. Correlaciones entre características psicológicas de los cuidadores.

	Ans	Dep	Sobrecarga	Salud	Vida D-Re	Vida E-Ne	Vida Ev	Vida A-So	Paciente D-Re	Paciente E-Ne	Paciente Ev	Paciente A-So
Estrés	.654**	.602**	.345**	.476**	-.235*	.462**	.254*			.402**		
Ans		.682**	.404**	.473**	-.220*	.405**	.295**			.485**		
Sobrecarga		.466**		.382**		.253*				.351**		
Salud		-.527**				.406**	.316**			.351**		
Vida D-Re		-.241*						.352**	.612**			.332**
Vida E-Ne		.439**					.434**		.729**	.377**		
Vida Ev		.270**							.433**	.492**		
Vida A-So									.504**	.277**	.620**	
Paciente D-Re		-.237*								.280**	.577**	
Paciente E-Ne		.511**									.346**	
Paciente Ev												.212*

Correlaciones en los cuidadores. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

= 98), carga (media = 32.9, DE = 15.1 versus media = 27, DE = 12; $t = 2.1$, $gL = 98$), depresión (media = 11.9, DE = 7 versus media = 8.7, DE = 6.1; $t = 2.4$, $gL = 98$) y percepción de deterioro en la salud (media = 35.4, DE = 6.5 versus media = 30.9, DE = 5.9; $t = 3.5$, $gL = 91$) en comparación con aquéllos que no reportaron estar enfermos. Los cuidadores a cargo de pacientes con impedimentos serios para arreglarse reportaron niveles significativamente más elevados de estrés que aquéllos a cargo de pacientes con menores impedimentos en esas actividades (media = 3.3, DE = 2.4 versus media = 1.0, DE = 2.1; $p = .032$, *test de Dunnett T3*).

Discusión

De acuerdo con los resultados presentados, los pacientes con EVC fueron en su mayoría mujeres casadas con estudios de primaria que trabajaban antes del evento y con deterioro físico leve. Con respecto al sexo, los datos se contraponen a lo reportado por otros estudios^{54,55} cuyas muestras estaban conformadas en su mayoría por hombres; es posible que la prevalencia de mujeres se deba a que los hombres recurren menos a los servicios de rehabilitación, quizá por motivos socioculturales.

En el caso de los cuidadores la mayoría fueron mujeres casadas, dedicadas a las labores del hogar, con estudios de secundaria, hijas del paciente y sin descanso del cuidado desde que se hicieron cargo del mismo. Lo anterior coincide con lo reportado por Barrón Ramírez y Alvarado Aguilar;² Islas et al.;⁴ Irigoyen;³ Yee y Schulz;⁵ y McCullagh et al.⁵⁶ Cuarenta y cinco por ciento reportó estar diagnosticado con alguna enfermedad médica: hipertensión, diabetes y artritis, entre las principales, lo cual concuerda con lo reportado por Shaw et al.;³³ Torres, Florez Prieto y Montalvo Lián;³¹ Jofre y Mendoza;³² Butman, Sarasola, Lon y Serrano³⁴ y por Cooper, Robertson y Livingston³⁵ en lo referente a las causas del deterioro en la salud de los cuidadores y a la comorbilidad de padecimientos. La evolución de las tres enfermedades reportadas como más comunes en este estudio está directamente relacionada con la presencia y el manejo del estrés.

Con respecto a las características psicológicas de los cuidadores se observó que presentan niveles de estrés moderado, ansiedad y depresión leves, que no padecen sobrecarga, además de que perciben su salud en general como buena. Estos datos concuerdan parcialmente con lo reportado por Alfaro-Ramírez del Castillo et al.¹⁸ en el sentido de que aunque se detectaron síntomas de estrés, ansiedad y depresión, éstos

no fueron graves como describe dicha investigación. También se contraponen a lo reportado por Ozge et al.²¹ e Imran et al.,²⁰ puesto que no hay indicios importantes de sobrecarga. En el primer caso puede deberse principalmente a la diferencia en las muestras, pues Alfaro-Ramírez del Castillo et al.¹⁸ estudiaron a cuidadores de pacientes con dolor crónico y terminales que suelen ser más desgastantes por las características y evolución inherentes a esos padecimientos. En el segundo caso la discrepancia podría derivar de las diferencias culturales, pues tanto Ozge et al.²¹ como Imran et al.²⁰ llevaron a cabo sus investigaciones en medio oriente, donde probablemente las redes de apoyo familiar y social son diferentes a las descritas en países latinoamericanos, lo que propicia la aparición de sobrecarga en el cuidador.

Los principales estilos de afrontamiento que se detectaron fueron el directo revalorativo tanto hacia la vida como hacia el paciente, además del emocional negativo hacia la vida y el de apoyo social para el paciente. Entre los datos sobre el afrontamiento, se han considerado tres como los más relevantes: 1) la correlación negativa entre el estilo de afrontamiento directo revalorativo hacia la vida y el paciente y la depresión concuerda con lo reportado por Morano²⁸ con respecto al valor protector de este estilo de afrontamiento, al menos en el caso de la sintomatología depresiva en esta población; 2) la correlación positiva entre el estilo de afrontamiento emocional negativo hacia la vida y el paciente y el estrés, ansiedad, depresión, sobrecarga y percepción del deterioro en la salud corrobora lo descrito por Cooper et al.²⁵ con respecto al uso de estrategias centradas en la emoción negativa asociadas con mayor morbilidad psicológica; 3) la correlación negativa entre el grado de autocuidado y movilidad del paciente y el estilo de afrontamiento de apoyo social del cuidador es una aportación de la presente investigación, en cuanto indica que las redes de apoyo social en nuestra cultura juegan un papel determinante en el desempeño del rol de cuidador y sugiere la importancia de desarrollar dicho estilo de afrontamiento en los cuidadores como medio para preservar su salud. El indicador sobre el estilo de afrontamiento evasivo hacia la vida correlacionado positivamente con la percepción del deterioro en la salud es interesante y requiere mayor investigación, pues parece lógico que aquellos cuidadores que tienden a evadir los problemas en su vida, desplieguen menos conductas de autocuidado como ha sido descrito por Fuentelsaz-Gallego et al.;³⁶ no obstante, dado que dicho indicador se evaluó a partir de una única pregunta, no es posible proponer una explicación sustentable.

La activación simpática relacionada con el mayor ingreso y con el menor tiempo como cuidador en meses es un resultado intrigante que explicamos en el primer caso, considerando que generalmente quien mantiene el hogar, trabaja para ello y además cumple con el papel de cuidador, lo cual representa una doble jornada y en el segundo, como resultado del proceso de aprendizaje y adaptación del cuidador ante su nuevo rol. Es necesario generar investigaciones más amplias con respecto a los cambios fisiológicos que sufre el cuidador y cómo se convierten en factores de riesgo a largo plazo, los componentes de la variabilidad cardíaca³⁷ son una opción de bajo costo y aún por explorar en esta población. La principal limitación del estudio, a juicio de los investigadores, es el tamaño y la heterogeneidad de la muestra; no obstante que en comparación con los estudios citados el número de participantes es considerable y equiparable (oscila entre 92 y 190 cuidadores); se espera continuar con la investigación y recabar más datos.

Con base en los resultados de este estudio podemos confirmar que las estrategias de afrontamiento están asociadas con la presencia de psicopatología en cuidadores como se ha propuesto,^{25,29} lo que debe tomarse en cuenta al momento de diseñar intervenciones psicológicas en esta población. Factores como la ausencia de descanso, pertenecer al sexo femenino o tener un diagnóstico confirmado de enfermedad médica están correlacionados con la presencia de malestar psicológico durante el cuidado y podrían alertar al profesional de la salud para prevenir un desgaste posterior. En contraposición, la presencia de los estilos de afrontamiento directo revalorativo y de apoyo social en conjunto con la ausencia del estilo de afrontamiento emocional negativo pueden ser indicio de una adaptación saludable a la función de cuidador.

La propuesta general de intervención para cuidadores desarrollada a partir de los resultados obtenidos y el subsecuente análisis consta de los siguientes pasos:

1. Evaluar la sintomatología psicológica mediante *test* estandarizados y cuantificables tan pronto como sea posible.
2. Registrar algún indicador fisiológico de estrés (variabilidad de la frecuencia cardíaca, cortisol en saliva, respuesta galvánica de la piel, presión arterial, etc.).
3. Indagar sobre la presencia de diagnósticos médicos.
4. Establecer una agenda de cuidados y descanso.
5. Implementar técnicas de manejo de estrés.

6. Desarrollo de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento.
7. En caso de ser necesario referir a psiquiatría para trabajo en conjunto.
8. Evaluar periódicamente tanto la sintomatología psicológica como los indicadores fisiológicos.

Bibliografía

1. Turner HA, Catania JA. Informal caregiving to persons with AIDS in the United States: caregiver burden among central cities residents eighteen to forty-nine years old. *Am J Community Psychol*. 1997; 25 (1): 35-59.
2. Barrón-Ramírez BS, Alvarado-Aguilar S. Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Rev Inst Nal Cancerol Méx*. 2009; 4: 39-46.
3. Artaso-Irigoyen B, Goñi-Sarriés A, Biurrun-Unzué A. Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. C Med Psicosom*. 2002; 60-61: 38-45.
4. Islas NL, Ramos del Río B, Aguilar-Estrada MG, García-Guillén MdL. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*. 2006; 19 (4): 266-271.
5. Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist*. 2000; 40 (2): 147-164.
6. Armstrong P, Armstrong H. Thinking it through: women, work and caring in the new millennium. In: Grant KR, Amaratunga C, Armstrong P, Boscoe M, Pederson A, Willson K (eds). *Caring for/caring about: women, home care and unpaid caregiving*. Aurora, Ontario: Garamond Press; 2004: pp. 5-43.
7. Cantor MH. Strain among caregivers: a study of experience in the United States. *Gerontologist*. 1983; 23 (6): 597-604.
8. Flores-Lozano J, Adeva-Cárdenas J, García M, Gómez M. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Jano*. 1997; 1218 (3): 261-272.
9. Phillips LR, Rempusheski VF. Caring for the frail elderly at home: toward a theoretical explanation of the dynamics of poor quality family caregiving. *ANS Adv Nurs Sci*. 1986; 8 (4): 62-84.
10. Stone R, Cafferata GL, Sangl J. Caregivers of the frail elderly: a national profile. *Gerontologist*. 1987; 27 (5): 616-626.
11. Bonita R, Beaglehole R, Asplund K. The worldwide problem of stroke. *Curr Opin Neurol*. 1994; 7 (1): 5-10.
12. Falip R, Matías-Guiu J. Epidemiología de las enfermedades vasculares cerebrales. *Enfermedades vasculares cerebrales Barcelona: JR Prous*; 1995: pp. 33-40.
13. González F, Graz A, Pitiot D, Podestá J. Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. *Revista del Hospital JM Ramos Mejía*. 2004; 9 (4): 1-9.
14. van Heugten C, Visser-Meily A, Post M, Lindeman E. Care for carers of stroke patients: evidence-based

- clinical practice guidelines. *J Rehabil Med.* 2006; 38 (3): 153-158.
15. Bakas T, Austin JK, Okonkwo KF, Lewis RR, Chadwick L. Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *J Neurosci Nurs.* 2002; 34 (5): 242-251.
 16. Lai SM, Studenski S, Duncan PW, Perera S. Persisting consequences of stroke measured by the Stroke Impact Scale. *Stroke.* 2002; 33 (7): 1840-1844.
 17. Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, Levine C, Kuerbis AN, Donelan K. When the caregiver needs care: the plight of vulnerable caregivers. *Am J Public Health.* 2002; 92 (3): 409-413.
 18. Alfaro-Ramírez del Castillo OI, Morales-Vigil T, Vázquez-Pineda F, Sánchez-Román S, Ramos-del Río B, Guevara-López U. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2008; 46 (5): 485-494.
 19. De la Huerta R, Corona J, Méndez J. Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Neurol Neurocir Psiquiat.* 2006; 39 (1): 46-51.
 20. Imran N, Bhatt MR, Haider II, Azhar L, Omar A, Sattar A. Caring for the caregivers: mental health, family burden and quality of life of caregivers of patients with mental illness. *Journal of Pakistan Psychiatric Society.* 2010; 7 (1): 23-28.
 21. Ozge A, Ince B, Somay G, Erol-Çakmak S, Uludüz D, Bulkan M et al. The caregiver burden and stroke prognosis. *J Neurol Sci [Turk].* 2009; 26 (2): 139-152.
 22. Seira-Lledós M, Aller-Blanco A, Calvo-Gascón A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76 (6): 713-721.
 23. Zarit M. Evaluación del medio y del cuidador del paciente con demencia. Barcelona: Proas; 1982.
 24. Lazarus RS, Miyar MV, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. España: Ediciones Martínez Roca; 1986.
 25. Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer's disease: the LASER-AD study. *J Affect Disord.* 2006; 90 (1): 15-20.
 26. Mausbach BT, Aschbacher K, Patterson TL, Ancoli-Israel S, von Känel R, Mills PJ et al. Avoidant coping partially mediates the relationship between patient problem behaviors and depressive symptoms in spousal Alzheimer caregivers. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006; 14 (4): 299-306.
 27. Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008; 23 (9): 929-936.
 28. Morano CL. Appraisal and coping: moderators or mediators of stress in Alzheimer's disease caregivers? *Social Work Research.* 2003; 27 (2): 116-128.
 29. Qiu Y, Li S. Stroke: coping strategies and depression among Chinese caregivers of survivors during hospitalisation. *J Clin Nurs.* 2008; 17 (12): 1563-1573.
 30. Pinquart M, Sorensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2007; 62 (2): P126-137.
 31. Flórez-Torres IE, Montalvo-Prieto A, Herrera-Lián A. Calidad de vida de cuidadores de adultos con accidente cerebrovascular. *Av Enferm.* 2010; 28: 52-60.
 32. Jofré A, Mendoza P. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Cienc Enferm.* 2005; 11 (1): 37-49.
 33. Shaw WS, Patterson TL, Semple SJ, Ho S, Irwin MR, Hauger RL et al. Longitudinal analysis of multiple indicators of health decline among spousal caregivers. *Ann Behav Med.* 1997; 19 (2): 101-109.
 34. Butman J, Sarasola D, Lon L, Serrano C. Impacto económico de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Neurológica Argentina.* 2003; 28 (1): 16-23.
 35. Cooper C, Robertson MM, Livingston G. Psychological morbidity and caregiver burden in parents of children with Tourette's disorder and psychiatric comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003; 42 (11): 1370-1375.
 36. Fuentelsaz-Gallego C, Úbeda-Bonet I, Roca-Roger M, Faura-Vendrell T, Salas-Pérez AM, Buisac-González D et al. Características y calidad de vida de los cuidadores informales de enfermos de sida. *Enferm Clin.* 2006; 16 (3): 137-143.
 37. Heart rate variability: standards of measurement, physiological interpretation and clinical use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *Circulation.* 1996; 93 (5): 1043-1065.
 38. Carney RM, Blumenthal JA, Stein PK, Watkins L, Catellier D, Berkman LF et al. Depression, heart rate variability, and acute myocardial infarction. *Circulation.* 2001; 104 (17): 2024-2028.
 39. de Jonge P, Mangano D, Whooley MA. Differential association of cognitive and somatic depressive symptoms with heart rate variability in patients with stable coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Psychosom Med.* 2007; 69 (8): 735-739.
 40. Friedman BH. An autonomic flexibility-neurovisceral integration model of anxiety and cardiac vagal tone. *Biol Psychol.* 2007; 74 (2): 185-199.
 41. Thayer JF, Lane RD. Claude Bernard and the heart-brain connection: further elaboration of a model of neurovisceral integration. *Neurosci Biobehav Rev.* 2009; 33 (2): 81-88.
 42. McCraty R, Atkinson M, Tomasino D, Bradley RT. The coherent heart: heart-brain interactions, psychophysiological coherence, and the emergence of system-wide order. *Integral Review.* 2009; 5 (2): 10-115.
 43. Carney RM, Saunders RD, Freedland KE, Stein P, Rich MW, Jaffe AS. Association of depression with reduced heart rate variability in coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 1995; 76 (8): 562-564.
 44. Stein PK, Carney RM, Freedland KE, Skala JA, Jaffe AS, Kleiger RE et al. Severe depression is associated with markedly reduced heart rate variability in patients

- with stable coronary heart disease. *J Psychosom Res.* 2000; 48 (4-5): 493-500.
45. Melzig CA, Weike AI, Hamm AO, Thayer JF. Individual differences in fear-potentiated startle as a function of resting heart rate variability: implications for panic disorder. *Int J Psychophysiol.* 2009; 71 (2): 109-117.
 46. Ruiz-Padial E, Sollers JJ 3rd, Vila J, Thayer JF. The rhythm of the heart in the blink of an eye: emotion-modulated startle magnitude covaries with heart rate variability. *Psychophysiology.* 2003; 40 (2): 306-313.
 47. Thayer JF, Brosschot JF. Psychosomatics and psychopathology: looking up and down from the brain. *Psychoneuroendocrinology.* 2005; 30 (10): 1050-1058.
 48. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J.* 1965; 14: 61-65.
 49. Rojas M. Inventario para medir el estrés basado en la percepción de control. *Memorias del I Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud.* Veracruz, Ver, México; 2001.
 50. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología.* 2001; 18 (2): 211-218.
 51. Alpuche V, Ramos B, Rojas M, Figueroa C. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud.* 2008; 18 (2): 237-245.
 52. Reyes-Lagunes I, Góngora E. Escala multidimensional y multisituacional de estilos de enfrentamiento a los problemas (EEP). 2000.
 53. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Ment.* 1998; 21 (3): 26-31.
 54. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Appel LJ, Braun LT, Chaturvedi S et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2011; 42 (2): 517-584.
 55. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M et al. Heart disease and stroke statistics-2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2015; 131 (4): e29-e322.
 56. McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke.* 2005; 36 (10): 2181-2186.