



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/2015

Convocatoria de Junio

**Modalidad:** Propuesta de intervención

**Título:** Terapia Dialéctico-Comportamental en un cuidador informal de enfermo de Alzheimer. Una propuesta de intervención.

**Autor:** Ana Soler Tomás

---

**Tutora:** Beatriz Bonete López

Elche, a 5 de Junio de 2015

# ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
• ¿Qué es el síndrome de burnout?.....	5
• La terapia dialéctico-comportamental.....	6
OBJETIVOS.....	8
• Objetivo general .....	8
• Objetivos específicos.....	9
• Variable dependiente.....	9
• Variable independiente.....	9
DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	9
EVALUACIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	11
• Método.....	11
• Resultados.....	12
• ¿Por qué DBT en este caso? Justificación.....	13
TRATAMIENTO.....	15
• Pre-tratamiento.....	15
• Terapia Individual.....	16
• Terapia Grupal.....	17
• Logro de metas y prevención de recaídas.....	18
CONCLUSIONES.....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
ANEXO 1.....	24
ANEXO 2.....	35

## RESUMEN

El aumento de la población anciana en nuestro país está alimentando la necesidad de personal asistencial que se ocupe de atender a este colectivo (Orueta, Gómez, Gómez, Sánchez, López y Toledano, 2011). Desgraciadamente, el sistema sanitario de salud no proporciona ayuda a todo aquel que lo necesita. En la mayoría de las ocasiones, son los familiares o amigos de nuestros mayores los que se ocupan de cuidarles en la última etapa de la vida. A estos se les conoce como cuidadores informales, una ocupación que puede llegar a generar, especialmente en aquellos casos en los que el anciano padece de alguna afección neurodegenerativa como una demencia, elevados niveles de ansiedad e incluso sintomatología depresiva.

El síndrome de burnout tiene una prevalencia cada vez mayor, y aunque existen programas y técnicas de intervención, la reciente investigación nos abre un abanico de nuevas posibilidades de tratamiento. En el presente trabajo, se expone una propuesta de intervención para una cuidadora de una enferma de Alzheimer basado en la terapia dialéctico-comportamental (DBT), una terapia de tercera generación, con el que se pretende enseñar a la cuidadora a regular sus emociones, a generar autoconfianza, ser capaz de valorar sus capacidades y en base a estas ajustar su implicación en el cuidado, y a reducir el consumo de tranquilizantes.

**Palabras clave:** terapia dialéctico-comportamental, emociones, burnout, cuidador informal, Alzheimer.

## ABSTRACT

The rise of the elderly population in our country is nourishing the necessity of care staff that look after this group (Orueta, Gómez, Gómez, Sánchez, López y Toledano, 2011). Unfortunately, the public health system does not supply assistance for every person that needs it. In the most of the cases, our elderly's family or friends are who takes care of them in the last life stage. Those are known as informal caregivers, an occupation which may can generate, especially in those cases in which the elderly suffers a neurodegenerative disease like dementia, high stress levels and also depressing symptomatology.

Burnout syndrome has an increasing prevalence, and although intervention's programs and techniques are available, the recent investigation open us a new wide variety of new treatment possibilities. In the current work, an intervention design for a caregiver of an Alzheimer's patient is presented, based in the Dialectical-Behavior Therapy (DBT), a third generation therapy, aimed at teaching the caregiver to regulate her

emotions, to develop self-confidence, to be able to value her own capacities and adjust her care implication using it, and to reduce the tranquilizer abuse.

**Key words:** dialectical-behavior therapy, emotions, burnout, informal caregiver, dementia.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace algunas décadas se está produciendo en nuestro país una inversión de la pirámide demográfica (Reyes, Rosich, Bordas, Gaviria, Vilella y Labad, 2010). La población está sufriendo un proceso de envejecimiento progresivo e inexorable que está incrementando los índices de prevalencia de enfermedades crónicas, enfermedades degenerativas, problemas de movilidad y discapacidad. (Orueta et al., 2011; Contador, Fernández, Ramos, Tapias y Bermejo, 2010). Cada vez hay más mayores de 65 años, y si bien la lista de afecciones que se relacionan con la edad es bastante extensa, ocupan un lugar destacable las enfermedades neurodegenerativas, o “trastornos neurocognitivos” tal y como se recoge en la última versión del manual diagnóstico DSM-V (A.P.A., 2013). Pero, más comúnmente, nos referimos a la demencia. La demencia es una enfermedad neurodegenerativa que produce severos deterioros en múltiples funcionalidades, desde alteraciones físicas hasta afectaciones cognitivas, emocionales y comportamentales (Moreno, Arango y Rogers, 2010). La persona con demencia suele experimentar dificultades o incapacidad para mantener la atención, despersonalización, labialidad emocional, alteraciones en las funciones ejecutivas o en la cognición social, incluso algunos síntomas de mayor gravedad como síntomas psicóticos y trastornos graves de la conducta (Reyes-Figueroa et al., 2010).

La presencia de enfermedades como las demencias o la enfermedad de Alzheimer generan una disminución de la calidad y del grado de autonomía, provocando dependencia en las personas que la padecen. La necesidad de contar con cuidadores que atiendan sus necesidades y, en ciertas ocasiones, la institucionalización en centros especializados (Reyes et al., 2010) se ha convertido en una realidad cada vez más frecuente. La red pública de salud proporciona atenciones y cuidados a este colectivo, pero sus recursos para abarcar la creciente demanda son claramente escasos e ineficientes. En la inmensa mayoría de los casos, es el sistema informal de salud el que proporciona las atenciones necesarias (Mateo, Millán, García, Gutiérrez, Gonzalo y López 2000). Así, la atención a estos enfermos es realizada por el entorno social más inmediato, que se ve obligada a alterar su ritmo de vida, sus roles y sus

dinámicas para adaptarse a la nueva situación (Ávila, García y Gaitán 2010), de forma que se convierten en los llamados *cuidadores informales*. Los llamados cuidadores informales son familiares o amigos que se ocupan principalmente de realizar estos cuidados la mayor parte del día sin recibir ningún tipo de remuneración económica a cambio (Orueta et al., 2011). Habitualmente son mujeres, esposas o hijas, amas de casa frecuentemente, pero los nuevos modelos de familia que están apareciendo y la incursión de la mujer en el mundo laboral pronostican una creciente dificultad a la hora de compaginar estas responsabilidades con las labores de cuidado a la tercera edad (Ávila et al., 2010; Mateo et al., 2000).

La demanda asistencial de un enfermo de demencia supone para el cuidador informal una sobrecarga a nivel físico, pero especialmente a nivel psicológico y emocional. La sobrecarga emocional y mental que pueden llegar a experimentar puede ocasionarles cefaleas, agotamiento y cansancio, e incluso síntomas depresivos y ansiedad. Un cuadro sintomático de estas características repercute de forma negativa en la salud y sensación de bienestar del cuidador, así como en sus ámbitos social y laboral, entre otros (Ávila et al., 2010; Orueta et al., 2011), lo que puede dar lugar al conocido como síndrome del cuidador o síndrome de *burnout*.

- ¿Qué es el síndrome de Burnout?

El síndrome de *burnout* fue primeramente conceptualizado por Maslach en el campo del trabajo y las organizaciones dentro del ámbito asistencial para referirse a un conjunto de síntomas de estrés, miedo, enfado y desesperanza que aparecen cuando un trabajador asiste a otras personas, bien porque ha invertido demasiado tiempo en ello o porque se ha involucrado excesivamente con las personas a las que atiende (Maslach y Jackson, 1981). A lo largo de estos años los campos sobre los que se aplica este término han proliferado, pero todos ellos coinciden, según Martínez (2010), en que este síndrome es “una respuesta al estrés crónico”, y que “tiene peculiaridades muy específicas en áreas determinadas del trabajo, profesional, voluntario o doméstico, cuando este se realiza con colectivos de usuarios” (p.3), entre los que se pueden incluir a las personas dependientes.

Basándonos en estos autores, es evidente que el desarrollo del burnout y su mantenimiento está relacionado con la carga emocional que soportan. En la estela de investigación contemporánea se han desarrollado multitud de intervenciones que contemplan los efectos de las emociones sobre la psique humana, pero un

procedimiento terapéutico reciente, la terapia dialéctico-comportamental, hace de las emociones, especialmente cuando su regulación es deficiente, su principal objetivo de tratamiento.

- *La Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT)*

La *terapia dialéctico comportamental (Dialectical Behavior Therapy, o DBT)* es una terapia de las conocidas como de tercera generación. Fue desarrollada por la Dra. Marsha Linehan y sus colaboradores, y específicamente desarrollada para reducir las conductas suicidas y parasuicidas en los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), así como su elevada inestabilidad emocional y su impulsividad extrema (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard, 1991; Navarro, García, Guillen y Botella, 2007). Asume que las personas con TLP son el resultado de la confluencia de dos elementos: por un lado, una predisposición genética a ser emocionalmente vulnerable y tener dificultades a la hora de modular sus estados de ánimo; y un ambiente invalidante por otro, que impide al sujeto adquirir durante su desarrollo una capacidad óptima de comunicación de experiencias emocionales (García, 2006a; García, 2006b; Navarro, Jorquera, García y Botella, 2010). Promulga la aceptación y la validación de uno mismo, buscando que el paciente sea capaz de autorregular sus afectos, principal objetivo de esta terapia, pero también que confíe en sí misma y que valide sus propias experiencias (Navarro et al. 2010; García, 2006a).

Para ello, se tienen que llevar a la práctica cuatro bloques o fases fundamentales e inherentes, que se ejecutarán de forma simultánea. En la Tabla 1 se muestra un breve resumen de cada una de ellas.

---

**Tabla 1\*. Estructura de la DBT**

---

<b>Fase 1: Pre-tratamiento:</b>	}	<i>Identidad</i>
Proporcionar “feedback” al paciente		<i>Cognición</i>
sobre alteraciones a nivel:		<i>Conductual</i>
		<i>Relaciones Interpersonales</i>

---

---

## Fase 2. Tratamiento:

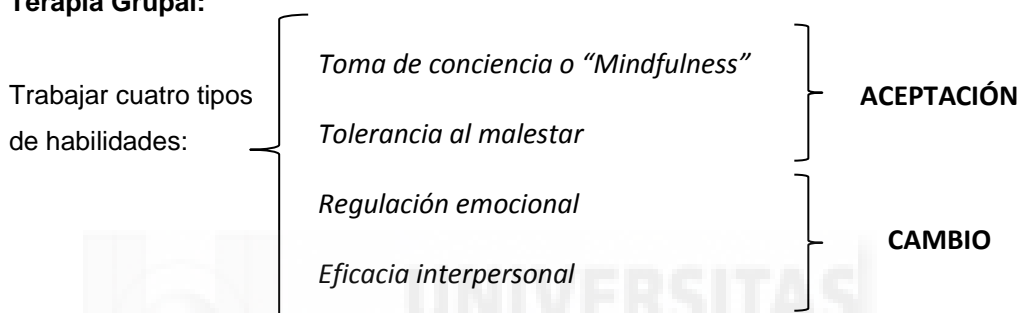
### a) Terapia Individual:

Reuniones individuales con el terapeuta, analizar los patrones conductuales poco adaptativos, valorar aquellas áreas de su funcionamiento cognitivo y emocional más problemáticas y buscar soluciones satisfactorias mediante la práctica de habilidades que el paciente aprende en la fase de terapia grupal.

### b) Llamadas telefónicas:

Ayudar a generalizar al entorno las habilidades aprendidas y realizar el seguimiento.

### c) Terapia Grupal:



---

## Fase 3. Tratamiento del estrés post-traumático:

Oportunidad de consolidar las habilidades adquiridas y, opcionalmente, asistir a grupos de apoyo.

---

## Fase 4: Logro de metas individuales:

Prevención de recaídas. El paciente se propone objetivos vitales y realistas, construye un concepto positivo de sí mismo y gana autoconfianza.

---

\*Esta tabla ha sido elaborada según lo expuesto por Navarro et al., 2007; García, 2006a; Linehan, 1993; Dimeff y Koerner, 2007.

El más importante de ellos es el de tratamiento. En la *terapia individual* es de gran utilidad el diario DBT, un registro en el que el paciente anota los acontecimientos más relevantes que le han sucedido durante la semana, para después examinarlos en terapia (Navarro et al., 2010) y ponerles una solución que puedan aplicar en su vida diaria (Linehan, 1993). Estos problemas deberán abordarse según un orden de prevalencia: (1) Conductas suicidas o parasuicidas, (2) Conductas que interfieran con

la adherencia al tratamiento, (3) Conductas que afecten a la calidad de vida de la paciente, y (4) Déficit conductuales que impiden el cambio (Dimeff y Koerner, 2007). Esto significa que si, por ejemplo, durante la semana se han producido conductas parasuicidas, este será el primer punto que se trate. Si no las hubiera, se pasaría directamente a solucionar las conductas que dificulten el proceso terapéutico (Linehan et al., 1991).

Las *llamadas telefónicas* funcionan, principalmente, como complemento de la terapia individual, para prolongar el contacto con el paciente si fuera necesario (Linehan, 1993). La tercera parte del tratamiento, quizás la más importante, es la *terapia grupal*. La terapia grupal ayuda al paciente a compartir con otros sus experiencias y los problemas de la semana (Navarro et al., 2010), y dónde aprenden una serie de habilidades que deberán aplicar en su ambiente natural (García, 2006a; Navarro et al., 2007; Dimeff y Koerner, 2007).

La DBT engloba diferentes estrategias de terapias cognitivas–comportamentales, pero tiene ciertas particularidades que renuevan este enfoque. Mientras que los tratamientos conductuales que hasta ahora han destacado en los procedimientos terapéuticos buscan el cambio comportamental, la DBT busca la aceptación por parte del paciente, y desde ahí, conseguir el cambio y la adaptación. Es decir, que desde la perspectiva de la Dra. Linehan, en los pacientes con TLP el avance en el tratamiento y el cambio en sus conductas extremas solo podrá ser posible una vez que el sujeto acepte sus pensamientos y emociones y se enfrente a ellas, y no trate de evitarlas como aprendió en su ambiente invalidante (García, 2006a; Navarro et al., 2010). Además, es imprescindible que la DBT se lleve a cabo por más de un especialista. Tratar con pacientes con TLP puede desgastar al terapeuta, “quemarlo”, ya que es altamente estresante. Los terapeutas deberán someterse a sesiones con otros terapeutas que les supervisen y que les ayuden a evitar efectos iatrogénicos (Linehan, 1993).

## OBJETIVOS

- *Objetivo general*

Elaborar una propuesta de intervención basada en la metodología de la terapia dialéctico-conductual (DBT) para tratar un caso de burnout en una cuidadora informal de un enfermo de Alzheimer, con el fin de reducir su sobrecarga emocional.



- *Objetivos específicos*
  - *Proporcionar a la cuidadora herramientas que le permitan autorregularse emocionalmente para mantener y/o mejorar el grado de sobrecarga.*
  - *Eliminar conductas de cuidado delegables de la cuidadora que interfieran gravemente con su calidad de vida y su bienestar emocional.*
  - *Mantener Aumentar y/o mejorar las habilidades sociales de la cuidadora.*
  - *Reducir o eliminar el consumo de tranquilizantes para dormir.*

Para lograr estos objetivos, ha sido necesario realizar una serie de pasos, como una documentación acerca de la terapia dialéctico-comportamental, sus bases teóricas y sus procedimientos, elaborar y seleccionar procedimientos de evaluación para recoger información del caso a tratar, así como preparar las sesiones necesarias para intervenir en el caso, adaptando los procedimientos estándares de la terapia dialéctico-comportamental, inicialmente diseñados para intervenir en el trastorno límite de la personalidad, a un caso de burnout en un cuidador informal.

- *Variable dependiente*
  - *Sobrecarga emocional de la cuidadora.*
  
- *Variable independiente*
  - *Programa de intervención basado en la DBT.*

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 51 años, J.G., casada, dedicada al cuidado de su hogar. Tiene dos hijos, ambos mayores de edad pero no están independizados. Su marido, por motivos laborales, pasa cerca de la mitad del año fuera de casa, por lo que ha sido ella quien siempre se ha ocupado principalmente de la casa y la crianza de los hijos.

J. G. padece sintomatología depresiva y ansiosa desde hace dos meses, a raíz del empeoramiento del estado de salud de su madre, F.L., de 82 años. Esta mujer está diagnosticada desde hace tres años de enfermedad de Alzheimer. J.G. refiere que acudieron al médico especialista tras el fallecimiento de su padre, ya que notó

extraños comportamientos en su madre. Hasta este momento, J. G. se ocupó sola del cuidado de sus padres, pero a partir de la falta del padre, su hermana se ofrece a veces para cuidar de F. L.

Con el paso del tiempo F. L. fue requiriendo más ayuda y atenciones, de forma que J. G. fue adquiriendo más responsabilidades. Acude a casa de su madre un rato por la mañana y otro rato por la tarde, le cocina, limpia su casa, le prepara la medicación y se la da, le hace la colada, se ocupa de su higiene... Todo ello mientras se hace labores similares en su casa, en cuidados hacia su marido e hijos. A pesar de que son dos hermanas, J. G. reconoce que ella es quién se ocupa mayoritariamente de los cuidados de F. L. Su hermana también participa y ayuda, pero solo cuando ella misma se ofrece. Además, dado que J. G. es la única de las dos que tiene coche, es ella quién se ocupa de hacer los recados y llevar al médico a la madre, o a la peluquería.

Por otro lado, refiere J. G., la enfermedad de Alzheimer hace a F. L. más desconfiada, emocionalmente inestable (irascible, “se enfada con cualquier cosa y pega patadas”, estado que se alterna con un ánimo depresivo), “hace cosas raras”, como ir semidesnuda por la casa, tirar su medicación a la basura y hacer un nudo a la bolsa (“para que no me dé cuenta y no la riña”, explica J. G.), se come la comida cruda, etc. Más recientemente, posiblemente relacionado con un empeoramiento de la enfermedad hace dos meses, esta actitud de F. L. se ha intensificado, de forma que a veces se refiere a J. G. como “mala hija, desobediente”, así como faltarle al respeto con diversos insultos. En ocasiones, incluso, F. L. muestra más atención y cariño a su hermana que a J. G.

Todas estas conductas ponen nerviosa a J. G. y la hacen discutir muy a menudo con su madre. La sujeto comenta que la relación con su madre nunca fue muy cercana porque fue una madre fría, distante y seria. Sus muestras de cariño eran escasas y su forma de educar estricta. Además, debido a que el carácter de J. G. es “fuerte”, según sus propias palabras, mantenía a menudo desavenencias con ella. “Yo siempre era la mala porque le contestaba y le discutía, y mi hermana, como es más calladita, pues ella era la buena”, comenta. La sujeto relaciona este tipo de crianza con su actual actitud hacia ella. “Yo la cuido porque es mi obligación como hija suya que soy, pero me gustaría estar haciendo otras cosas”. J. G. cree que su madre “no está tan mal”, que siempre ha sido muy “mala” y que todo lo que hace es a consecuencia de su carácter, más que de la enfermedad. De esta forma, siente rabia y frustración porque

cree que las conductas extrañas de su madre son una provocación consciente hacia ella, sin comprender los efectos que la enfermedad tienen en F. L.

El cúmulo de tareas, más el comportamiento de F. L. hacia su hija está provocando que J. G. se sienta agobiada, muy nerviosa, despreciada y no querida. Tampoco cree que se le esté proporcionando suficiente ayuda por parte de su hermana u otros miembros de la familia (aunque nunca la ha pedido), echa de menos a su padre y la ayuda que le proporcionaba. Se siente “a punto de estallar” y sufre de niveles elevados de ansiedad. A veces se ha visto incapaz de ir a casa de su madre por miedo a los insultos o a enfadarse con ella, ya que esas discusiones la alteran. Ha perdido peso por la falta de apetito, llora a menudo y tiene dificultades para dormir, solo puede hacerlo cuando toma unos tranquilizantes que le han sido recetados por su médico. La situación ha llegado a tal punto que J. G. y su hermana se plantean seriamente internar a su madre en un centro geriátrico, pero este tipo de decisiones entran en conflicto con las creencias de J. G. Considera que es su deber como hija ocuparse de su madre, por lo que estos últimos meses se siente muy culpable, “contra la espada y la pared”, egoísta, “inútil por no ser capaz”, reflejando una autoestima en descenso y un negativo autoconcepto de sí misma.

## EVALUACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

- *Método*

Se trata pues de una potencial paciente por síndrome de burnout. Para la evaluación de su caso se procedió, en primer lugar, al pase de una entrevista semiestructurada con la que se pretendía conocer el caso, su desarrollo y su situación actual, además de información sobre variables vegetativas y estado general de salud de la sujeto. Dado que para la elaboración de la propuesta de intervención se seguirán los procedimientos básicos y principales directrices de la terapia dialéctico-conductual, se tuvo especial interés en conocer el estado emocional de la sujeto, su grado de autoconocimiento y las emociones que mayores problemas le suponen.

Por otro lado, bajo la sospecha de un posible caso de burnout, se realizó el pase de la escala Zarit. Esta escala fue elaborada por Zarit y sus colaboradores y posteriormente adaptada al español. Esta escala autoadministrable cuantifica el grado de interferencia que los cuidadores consideran que tienen sus labores de cuidado en su estado de salud, sus responsabilidades laborales o familiares, su vida personal, sus actividades de ocio, o el impacto en su economía, además de recoger información sobre su

percepción de responsabilidad para con su familiar y sobre el grado de carga subjetiva. Se trata de una escala de 22 ítems tipo Likert que clasifica al sujeto en tres niveles de sobrecarga: “no sobrecarga”, “sobrecarga leve” y “sobrecarga” intensa”, según una puntuación que va de 22 a 110 (Molina, Láñez e Láñez, 2005).

Además, se administró el test de Hamilton para la depresión. Esta escala es una de las más utilizadas en el diagnóstico de la depresión y también de las más sensibles. Este cuestionario consta de tres escalas de 21 ítems cada una, con las que se pretende evaluar cuantitativamente el grado de depresión que sufre la persona (Bobes, Bulbena, Luque, Dal-Ré, Ballesteros y Ibarra, 2003), evaluando diferentes variables como la calidad del sueño, de la ingesta, las creencias y valores, el llanto, etc.

- *Resultados.*

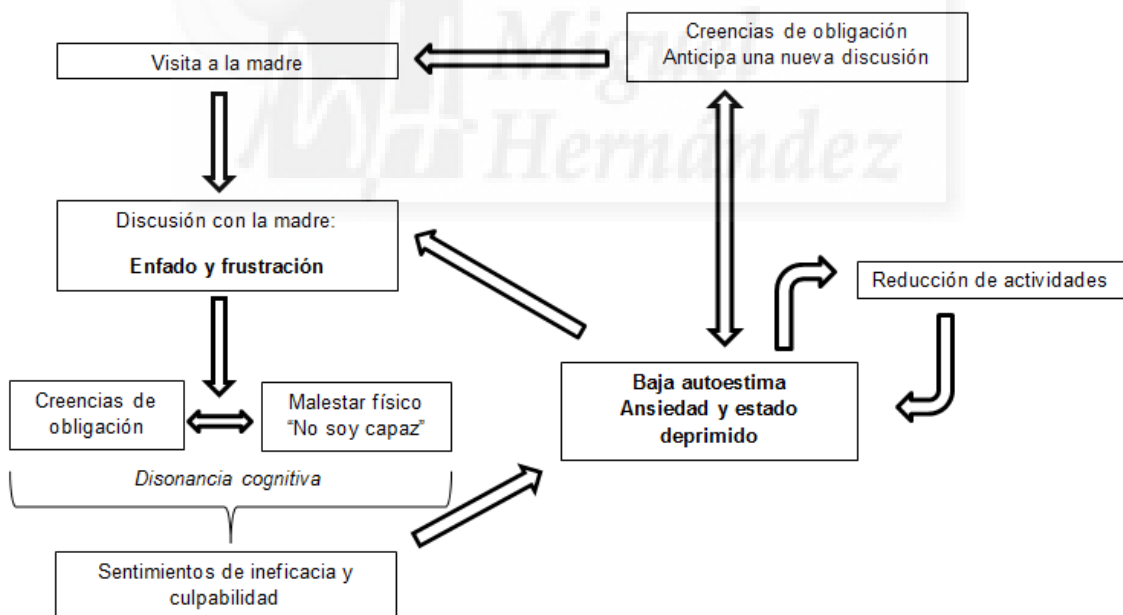
El caso que nos ocupa ha obtenido una puntuación en la escala Zarit de 73, lo que la clasifica como sujeto con “sobrecarga intensa”. En el test Hamilton para la depresión, la sujeto ha obtenido 25, 40 y 19 puntos en las tres respectivamente, por lo que se considera que la sujeto no padece una sintomatología depresiva llamativa. De las puntuaciones de estas escalas, y de lo comentado durante la entrevista, se infiere que la sujeto está especialmente preocupada por la cantidad de horas a la semana que dedica al cuidado, mostrándose descontenta con el escaso tiempo y fuerzas que le quedan para disfrutar de sus aficiones y actividades de ocio. Considera que los cuidados minarán enormemente su estado de ánimo y de salud, temiendo caer en una depresión.

Otra cuestión que llama la atención es su enorme sentimiento de culpabilidad por plantearse el internamiento en la residencia de su madre, y sus autopercepciones como una persona incapaz y poco útil. Su autoestima es baja y sus disonancias cognitivas le provocan elevados niveles de ansiedad y angustia, estado que interfiere con sus actividades cotidianas y que está afectando a sus relaciones sociales por su permanente estado irascible y malhumorado. Además, su carácter reservado y sus percepciones de total responsabilidad le dificultan la búsqueda de apoyos.

Manifiesta en numerosas ocasiones durante la entrevista no estar segura de describir cómo se siente, lo que la hace sentir confusa y desorientada. J. G. tienen dificultades a la hora de etiquetar sus emociones y le resulta muy difícil explicar qué siente,

elemento que se suma a las causas de su falta de búsqueda de apoyos. El hecho de verse incapaz, por tanto, de “descargarse” emocionalmente le genera todavía más tensión y sentimientos de soledad.

Tal y como se ve en la Figura 1, la problemática aparece cuando J. G. acude a visitar a su madre y tienen una discusión a causa, normalmente, de los problemas de conducta que tiene F. L. Tras estos episodios, J. G. se siente muy frustrada y tiene la sensación de no ser capaz de llevar la situación por los continuos enfados, nervios y elevada activación que percibe. Estos pensamientos la hacen sentir culpable, cree que no está cumpliendo con su “obligación” de ocuparse de F. L. Todas estas emociones y pensamientos bajan su autoestima, y generan en ella una elevada ansiedad y rasgos depresivos. J. G. ha dejado de hacer actividades gratificantes para ella a causa de esta sintomatología (sale menos con amigos, ir a la piscina, etc.), reduciendo las probabilidades de experimentar emociones positivas, y agravando el cuadro depresivo. Con todo, las creencias de responsabilidad hacen que siga acudiendo a cuidar a su madre, y su estado de irascibilidad y angustia, y la anticipación que hace de que aparezca otro conflicto, hacen que sea más probable entrar en una nueva discusión.



**Figura 1. Análisis funcional**

- ¿Por qué DBT en este caso? Justificación

A pesar de que la terapia dialéctico-comportamental fue inicialmente planteada para regular los constantes desajustes de los TLP, lo cierto es que se considera que

las bases teóricas de este tratamiento permiten, previa adaptación, su aplicación en casos de burnout de cuidadores informales como el que se acaba de desarrollar. La principal razón de ser de la DBT es enseñar al paciente a modular por sí mismo aquellos momentos en los que la emocionalidad es máxima y poco adaptativa, además de que la persona aprenda a validarse a sí misma (Navarro et al., 2010). La paciente experimenta ambas: tiene fuertes emociones que no reconoce y no puede controlar, y se siente desconcertada e incompetente. Siguiendo las explicaciones de J. G., la responsabilidad que siente es fruto de la educación estricta que recibió en su niñez. F. L. le decía que los hijos deben cuidar de sus padres cuando estos se hacen mayores, así que esto, si bien es cierto que no es comparable al ambiente invalidante que antes se comentaba, comparten el hecho de haber recibido ciertos patrones rígidos de conducta. Por otro lado, la sujeto precisa de entrenamientos en asertividad y técnicas de resolución de problemas por su dificultad para pedir ayuda y por su indecisión sobre el internamiento en una residencia, lo que provoca sus disonancias cognitivas. Ambas son capacidades que aumentan la percepción de eficacia interpersonal, módulo de intervención que resulta ser uno de los pilares de la terapia dialéctico-comportamental. Además, incluir a J. G. en el bloque de la DBT destinado a fomentar la tolerancia al malestar podría ayudarla a aceptar sus limitaciones y a ser consciente de que el sufrimiento es parte de la emocionalidad humana y que no debe sentirse una persona inepta por ello. Por último, es necesario tener en cuenta que el síndrome de burnout se caracteriza por una respuesta de estrés crónico en la que aparecen fuertes emociones que desbordan al paciente (Maslach y Jackson, 1981; Martínez, 2010). Se considera que este aspecto podría ser abordado por un programa de intervención basado en la DBT.

Más aún, Vázquez, Hermida, Díaz, Torres, Otero y Blanco (2012), en un estudio en el que hicieron una revisión bibliográfica sobre las intervenciones que se habían aplicado sobre cuidadores que padecían sintomatología depresiva, encontraron que la mayoría de intervenciones tenían una base cognitivo-conductual que actúa sobre habilidades sociales, técnicas de solución de problemas, reestructuración cognitiva, etc., o que proporcionaban información a los pacientes sobre las enfermedades de sus familiares o sobre pautas de actuación durante los cuidados, pero no encontraron estudios que dieran cierto peso al tratamiento de la emocionalidad. Es innegable que J. G. necesita discernir entre sus estados emocionales y cómo regularlos, y la terapia dialéctico-comportamental podría proporcionarle estos recursos.

## TRATAMIENTO

Siguiendo con las delimitaciones originales de la DBT, el programa de intervención propuesto tendrá dos partes que se deben aplicar simultáneamente: una fase de terapia individual, y otra de terapia grupal. Todas las sesiones de la terapia individual seguirán una estructura similar, y la terapia grupal seguirá la dinámica original establecida. Seguidamente, y solo si apareciera, se diseñaría y aplicaría la fase terapéutica de estrés-postraumático. No obstante, sí se aplicaría con toda seguridad el módulo de prevención de recaídas.

El tratamiento tendrá una duración de 6 meses, al final de los cuáles se deberá aplicar a la sujeto un nuevo pase de evaluación para valorar la eficacia de la intervención.

- Pre-tratamiento

Durante la sesión de pre-tratamiento, esquematizada en la Tabla 2, se le proporcionaran a la sujeto los resultados de sus evaluación en el formato de análisis funcional que la DBT plantea. En segundo lugar, se definirán, en colaboración con la sujeto, las metas terapéuticas con el objetivo de focalizar los esfuerzos. Una vez hecho esto, se le explicará en qué consiste el diario DBT, como debe hacer los registros en él y la línea de actuación durante el tratamiento. Por último, se firmará un contrato en el que tanto paciente como terapeuta se comprometen a esforzarse durante la terapia y a cumplir su papel para con el otro.

---

**Tabla 2\*. Pre-tratamiento: Estructura**

---

1. Descripción del análisis funcional:

- Identidad: *sentimientos de ineficacia, confusión, sentimientos de desamparo y soledad, sentimientos de desprecio hacia sí misma*
  - Cognitiva: *pensamientos de inutilidad (“no soy capaz de cuidar a mi madre”), distorsiones cognitivas (“mi madre es mala”, “lo hace a propósito para provocarme”), excesiva responsabilidad (“es mi madre y debo cuidarla”, “no quiero preocupar a mi familia”).*
-

- 
- Conductual: *ingesta de fármacos, pérdida de peso, llanto, crisis de ansiedad. Irascibilidad y frecuentes estallidos (discusiones con la madre).*
  - Interpersonal: *relación tensa con la madre, dificultad búsqueda de apoyos (aislamiento social), dificultad expresión de sentimientos (pobre asertividad).*
- 

2. Establecimiento de metas:

- Aumentar la adherencia al tratamiento (*acudir a terapia, realización del diario DBT...*).
  - Reducir las conductas que interfieren con la calidad de vida de la paciente (*reducir consumo de relajantes, higiene del sueño...*)
  - Incrementar habilidades comportamentales (*técnicas de solución de problemas, técnicas de control del estrés, reestructuración cognitiva, HHSS: asertividad, pedir ayuda...*).
  - Lograr autovalidación y respeto por uno mismo.
- 

3. Explicación del diario DBT y de la dinámica que seguirá el tratamiento.

---

4. Firma de un acuerdo (contrato) paciente-terapeuta.

---

\*Esta tabla ha sido elaborada a partir del planteamiento de Navarro et al., 2007.

- **Terapia individual**

La fase individual tendrá como objetivo principal atender de forma individualizada a la sujeto, así como hacer su seguimiento particular. Su estructura seguirá el esquema reflejado en la Tabla 3. Durante esta fase, la sujeto irá registrando en su diario DBT los aspectos más problemáticos a nivel emocional, cognitivo y conductual que ha experimentado durante cada semana. Se establecerá una sesión por semana, con una duración de 60 minutos.

---

**Tabla 3\*. Terapia Individual: Estructura**

---

1. Revisión del diario DBT
  2. Análisis conductual de las situaciones que estén registradas en el diario
  3. Entrenamiento/aplicación de las habilidades aprendidas en la terapia grupal
-



---

#### 4. Tareas para casa (dirigidas a practicar lo aprendido en terapia)

---

\*Esta tabla ha sido elaborada según lo establecido en Navarro et al., 2007 .

- Terapia grupal

La terapia grupal constituye el grueso de la terapia dialéctico-comportamental. La planificación de la misma viene reflejada en la Tabla 4. Las sesiones tienen una duración de dos horas semanales y se aplicarán en grupos de seis a ocho personas (Navarro et al., 2010), que deberán compartir, al menos, el estatus de cuidador informal de personas ancianas y rasgos de burnout. En el caso que nos ocupa, la dificultad de la sujeto de etiquetar sus propias emociones y la confusión que ello conlleva, y los sentimientos de culpabilidad e ineficacia que entierran su autoestima constituyen los principales problemas. Para ello, serán fundamentales los entrenamientos de regulación emocional y toma de conciencia (mindfulness). Con estas habilidades, se ayudará a la paciente a que entienda qué siente, cuando lo hace y por qué, aumentando su grado de conocimiento de sí misma, además de mejorar sus hábitos de vida para ayudar a su organismo a regularse más fácilmente y reducir la irascibilidad, y aumentar las actividades placenteras para generar más emociones positivas y reducir la tensión emocional. A continuación, se la entrenará en tolerancia al malestar y eficacia interpersonal, con lo que se pretenderá promover el conocimiento y la aceptación de la situación de cuidadora y de enfermedad, tolerando el malestar, y por otro lado, mejorar sus habilidades de comunicación asertiva y reestructurar sus creencias por unas más adaptativas, para la búsqueda de apoyos, defensa de sus necesidades, y diferenciar entre lo que es una obligación o deber y un deseo, valorando sus posibilidades y reduciendo su sentimiento de culpa.

---

#### **Tabla 4\*. Terapia Grupal: Estructura**

---

##### 1. Habilidades de toma de conciencia o “mindfulness” (2 sesiones):

- Técnicas “Qué” (observar, describir y participar) y técnicas “Cómo” (sin juzgar, experiencias de una en una, y con eficacia). *(ayudar a que sea consciente tanto de sus capacidades como de sus limitaciones, a entender el por qué de sus emociones).*

---

2. Habilidades de regulación emocional (11 sesiones):

- Identificar y etiquetar emociones.
- Análisis conductual: buscar las contingencias que refuerzan las emociones negativas. (*evitar la evitación y el consiguiente reforzamiento negativo de emociones negativas*).
- Hábitos saludables (ingesta, higiene del sueño...). (*reducir irascibilidad y malhumor, mejorar su estado de ánimo*).
- Aumentar las actividades placenteras. (*mejorar el estado de ánimo y atender a sus peticiones de necesitar tiempo propio*).

---

3. Habilidades de tolerancia al malestar (4 sesiones):

- Aceptar el sufrimiento (*asumir y aceptar el papel del cuidador, entender el alcance de la enfermedad de la madre*).
- Técnicas de distracción (*cuando las crisis emocionales sean extremas*).
- Confortarse a sí mismo (*mejorar la autoestima y el autoconcepto*).
- Mejorar el momento (*búsqueda de elementos positivos de cada situación*).

---

4. Habilidades de eficacia interpersonal (4 sesiones):

- Entrenamiento en asertividad (*decir NO, manifestar la necesidad de ayuda*)
- Resolución de problemas (*resolver disonancias cognitivas*)
- Reestructuración cognitiva: enseñar el equilibrio entre obligaciones y derechos. Priorizar (*resolver disonancias cognitivas, equilibrar y priorizar entre sus necesidades y las de la madre*).

---

\*Esta tabla ha sido elaborada según García, 2006a; Navarro et al., 2007; Delgado, 2009; y Navarro et al., 2010.

- *Logro de metas individuales y prevención de recaídas*

Durante el último bloque se trabajará con la sujeto en unas metas individualizadas que se deberá proponer y conseguir en los plazos que ella considere adecuados, con la guía del profesional. Estas metas irán sobre todo encaminadas a tomar una decisión definitiva con respecto al cambio de residencia de su madre, y a hacer hincapié en su compromiso a seguir realizando actividades que le agraden y a ampliarlas si es

posible, y a considerar en un primer plano su bienestar y su salud en los momentos de especial intensidad emocional. Si el pase de post-evaluación es favorable, se le proporcionará un *feedback* positivo sobre sus logros y se le animará a confiar más en sí misma.

## CONCLUSIONES

Ya hemos visto que el objetivo fundamental de la DBT es conseguir que el paciente sea capaz de modularse emocionalmente por sí solo. Si bien es cierto que en un primer momento, la Dra. Linehan planteó este tratamiento para actuar sobre el trastorno límite de la personalidad, a día de hoy ya hay estudios que prueban su eficacia sobre diferentes psicopatologías y colectivos (Navarro et al., 2010; Drossel, Fisher y Mercer, 2010; Meygoni y Ahadi, 2011). No obstante, no se han encontrado investigaciones en los que esta terapia haya sido aplicada en cuidadores de la tercera edad, y sin embargo, ya hemos visto que la DBT podría resultar beneficioso en el tratamiento del síndrome del burnout. Existen números colectivos de cuidadores, tanto profesionales como informales, en los que se ha catalogado este síndrome, en centros de día, residencias, en los hogares, etc. (Bertel, 2012; Martínez, Méndez, Secanilla, Benavente y García, 2014), por lo que se considera que la aplicación de esta terapia en este campo sería novedosa, pudiendo abrir la puerta a un nuevo modelo terapéutico para estos potenciales pacientes y ampliando las líneas de investigación.

En el presente trabajo se ha elaborado una propuesta de intervención basado en la terapia dialéctico-comportamental para tratar un caso de burnout en un cuidador informal de una persona anciana con enfermedad de Alzheimer. Con él, se espera seguir la estela de otros autores (Linehan et al., 1991; Navarro et al., 2007; Navarro et al., 2010; Drossel et al., 2010; Meygoni y Ahadi, 2011) y conseguir mejorar el estrés y los rasgos depresivos del sujeto, así como proporcionarle los recursos para diferenciar sus emociones, autorregularse, y mostrarse más asertiva hacia los demás y hacia sí misma. Además, se pretende que J. G. ajuste su implicación en el cuidado de su madre de acuerdo a sus posibilidades, respetando y aceptando de forma positiva sus necesidades tanto físicas como psicológicas, lo que implicará ser capaz de tomar las decisiones que ella considere necesarias incluso si ello significa delegar las labores de cuidado a profesionales sin sentirse una persona no válida. Se espera, además, que su consumo de tranquilizantes para dormir se vea reducido a cero. Tras los seis meses que durará la intervención, se realizará una nueva evaluación utilizando los mismos procedimientos, respetando especialmente la valoración que haga J. G. de la

intervención y de su posterior estado de ánimo durante la entrevista que también tendrá lugar en este momento.

Sin embargo, tal y como señalan Moreno et al. (2010), una de las razones por las que los cuidadores informales sufren tanta sobrecarga emocional es porque a menudo no tienen experiencia como agentes asistenciales y tampoco cuentan con herramientas y pautas para cuidar, por lo que un entrenamiento destinado a desarrollarlas podrían prevenir los efectos de la sobrecarga. Dado que este aspecto ha quedado excluido de la propuesta de intervención, principalmente porque la DBT no contempla originalmente este tipo de habilidades, se considera una limitación de la propuesta desarrollada y se plantea para futuras revisiones la posibilidad de introducir un módulo destinado a ello si fuera necesario. Con este objetivo se sugiere la combinación de la propuesta con terapias conductuales que pueden suplir la carencia de estas habilidades. Se propone, además, teniendo en cuenta las características concretas del caso analizado, incluir a los familiares más directos en el proceso de tratamiento, ya que se estima que la tensión emocional que sufre la sujeto está relacionada con su presencia y por lo tanto su implicación en la terapia podría facilitar la disolución de la sintomatología.

Con todo, es importante señalar que, debido al carácter degenerativo y deterioro paulatino que sufren los enfermos de Alzheimer, es probable que con el tiempo F. L. necesite de más atenciones, lo que podría hacer que J. G. se vea de nuevo inquieta por la situación, y considere que debe dedicar más tiempo a los cuidados. Si esto sucediera, y en su transcurso sufriera de recaídas, se valorará la opción de aplicar nuevamente un tratamiento DBT adaptado a sus futuras circunstancias.

## REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.

Ávila, J., García, J. M., y Gaitán, J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 19 (n.º 1), 71-84.

Bertel, A. (2012). Riesgo a enfermar y sobrecarga del cuidador principal del anciano dependiente. *Revista de Ciencias Biomédicas*, 3(2) (nº1),77-85.

- Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J., e Ibarra, N. (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Revista de Medicina Clínica*, 120(18), 693-700
- Contador, I., Fernández, B., Ramos, F., Tapias, E. y Bermejo, F. (2010). El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. *Revista de Neurología*, 51, 677-86.
- Delgado, L. (2009). *Correlatos psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness* (Tesis doctoral). Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- Dimeff, L. y Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice. Applications across disorders and settings*. New York, N.J.: Guilford Press.
- Drossel, C., Fisher, J. y Mercer, V. (2010). A DBT skills training group for family caregivers of persons with dementia. *Behavior Therapy*, 42, 109-119.
- García, A. (2006a). La terapia dialéctico comportamental. *EduPsykhé*, 5 (nº2), 255-271.
- García, A. (2006b). Mindfulness en la terapia dialéctico comportamental. *Revista de Psicoterapia*, 16 (nº 66/67) 121-132.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, N. J.: Guilford Press.
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. (1991) Cognitive-Behavioural treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Mateo, I., Millán, A., García, M., Gutiérrez, P., Gonzalo, E., y López, L. (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Revista Atención Primaria*, 26 (nº3), 139-144.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, nº 112. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Martínez, J., Méndez, I., Secanilla, E., Benavente, A. y García, J. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros

institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4 (nº1), 41-53. doi: 10.1989/ejihpe.v4i1.39

Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

Meygoni, A. y Ahadi, H. (2011). Declining the Rate of Major Depression: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 35, 230 – 236.

Molina, J., Iáñez, M. A., e Iáñez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Revista Psicología y Salud*, 15 (nº1), 33-43.

Moreno, J. A., Arango, J. C., y Rogers, H., (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Revista Psicología desde el Caribe*, nº 26, 1-35.

Navarro, M.V., García, A., Guillen, V. y Botella, C. (2007). Resultados preliminares de la terapia dialéctico-comportamental en población española: un estudio de caso. Jornades de Foment de la Investigació, Universitat Jaume I de Castellón.

Navarro, M. V., Jorquera, M., García, A. y Botella, C. (2010). Terapia dialéctica comportamental en un caso con rasgos de personalidad límite y trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (nº1), 61-74.

Reyes, J.C., Rosich, M., Bordas, E., Gaviria, A.M., Vilella, E. y Labad, A. (2010). Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 50(11), 653-60.

Orueta, R., Gómez, R. M., Gómez, S., Sánchez, A., López, M. J. y Toledano, P. (2011). Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes. *Revista Atención Primaria*, 43(9), 490-496. doi:10.1016/j.aprim.2010.09.011.

Vázquez, F., Hermida, E., Díaz, O., Torres, A., Otero, P. y Blanco, V. (2012). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión

sistemática y metanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 178-188.



## Anexo 1

### Transcripción entrevista semiestructurada

---

#### DATOS CUIDADOR

Código JG

---

Edad: 51 años

Sexo: Mujer

Ocupación: Ama de casa

Lugar de residencia: Almansa (Albacete)

Estado civil: Casada

Grado de Parentesco con el familiar: Hija

---

---

#### DATOS FAMILIAR

Código: FL

---

Edad: 82 años

Sexo: Mujer

Ocupación: Ama de casa

Lugar de residencia: Almansa (Albacete)

Estado civil: Viuda

Diagnóstico: Enfermedad de Alzheimer Grado III (GDS = 4)

---

#### EN RELACIÓN AL FAMILIAR

- ¿Cuál fue el motivo que le hizo ocuparse de su familiar? ¿Desde cuándo atiende su cuidado?

*(Mmmm)... Vamos a poner desde que murió mi padre. Mi padre hace... tres años. Yo me ocupe de ella desde hace más, pero yo cuento desde que falta mi padre.*

- ¿Convive actualmente con su familiar? En caso negativo, ¿ha convivido alguna vez?

*(No ha llegado a convivir).*

- ¿Con qué frecuencia atiende los cuidados de su familiar? (*días a la semana, horas...*)

*Todos los días. Horas... un par de horas por la tarde, sí, y por las mañanas a veces.*



- ¿Cómo definiría su relación con su familiar antes de la situación de cuidado? ¿Y actualmente?

*Pues hombre, no me llevaba a matar, pero... tampoco hemos tenido una relación estrecha. Es que mi madre no era de esas madres que te dan cariño, ella era más estricta, era muy obsesa con todo, con la limpieza, con las comidas... y yo como tengo también un carácter fuerte igual que ella, pues no obedecía como un perrito como mi hermana y la contestaba, y eso la enfadaba... así hemos ido siempre.*

*Ahora quizá lo más es la comunicación con ella, que yo le digo las cosas y no me hace caso. Y eso me pone nerviosa, porque se las digo porque creo que es lo mejor, pero no me hace caso. Tiene sus ideas fijas y de ahí no sale. Y se le olvidan cosas... no se entera, me pone nerviosa. Me da como frustración, porque soy su hija, se supone que le digo las cosas por su bien, ¿por qué no me hace caso? Aunque al final llego a un punto que me da un poco como igual. Con las pastillas, por ejemplo, que a veces no se las quiere tomar, ¿qué hago? Pues a veces lo dejo estar, ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Qué le dé un "jamacuco" y se muera? Pues la enterramos y ya está.*

- ¿Es usted la única persona al cargo de su familiar? En caso negativo, ¿quién más se ocupa de sus cuidados? ¿Considera que se reparten equilibradamente las labores de cuidados?

*(Mmmm) (parece dudar de su respuesta)... Sí. Bueno está mi hermana, pero... me ocupo yo, ella sube a veces a verla, me ayuda a ducharla a veces y eso, pero me ocupo yo, sí. Mi padre me pedía ayuda a mí, y era yo la que subía. Me decía que le pidiera ayuda a mi hermana, pero yo le decía que yo podía, lo hago yo... yo no la pedía ayuda.*

*Repartidas no están, no.*

- Describa brevemente qué tipo de tareas lleva a cabo durante los cuidados (cómo se organiza, cómo lleva a cabo los cuidados, quién realiza habitualmente cada tarea de cuidado en el caso de que sean más cuidadores, que grado de ayuda precisa el familiar en cada caso...)

*(Bufa) Pues de todo hago... limpio su casa, le hago la compra, y a veces le hago comida porque si fuera por ella... la baño, que está muy torpe, la llevo al médico, o a*

veces voy yo a por sus recetas, le lavo la ropa... a la óptica, a la peluquería, acompañarla si hay que salir a la calle, lo que necesite... y luego estaba mi suegra (durante un tiempo breve estuvo ocupándose de su suegra, hasta que falleció) que también tenía faena.

- Describa de forma global su situación como cuidadora (cómo se siente respecto a ello, que es lo que más le molesta de ello...).

Yo la cuido. Ella está enferma, con el Alzheimer, y yo la cuido, a ver qué remedio... pero hay veces que no sé yo ¿eh? Porque yo hay ratos que la veo lúcida... hay cosas que yo creo que las hace para fastidiarme, porque nunca le ha gustado que la conteste, y ahora, como le digo las cosas que tiene que hacer, pues se ve que eso no le gusta. Yo sé que está enferma, pero hay veces... Discuto mucho con ella, sin parar, es que hace cosas muy raras... la he visto ir casi desnuda por la casa, y otra vez escondió sus bragas (...) Yo intento que no lo haga, le repito las cosas mil veces, pero no me hace caso, y al día siguiente no se acuerda, y se las tengo que volver a repetir... yo ya no sé qué hacer con ella (lloriquea). La tengo que cuidar, pero es que está todo el día como enfadada, me grita. Hubo una vez, no me acuerdo por qué, me dijo que "los hijos no hacen eso, es de ser mala hija" o algo así, no me acuerdo qué fue, pero me hizo polvo... (llora más intensamente. Interrumpimos la entrevista hasta que se tranquiliza un poco).

Es que al final va a poder conmigo, ya hasta ahí veces que me pongo nerviosísima solo por ver que se acerca la hora de ir a verla, es como si no fuera capaz.

#### DATOS VEGETATIVOS

Desde que es usted cuidador...

- ¿Ha observado cambios en sus pautas de alimentación? (come a destiempo, ha perdido el apetito, ingiere más alimentos,...).

Hay veces que sí, por ejemplo si la tenía que llevar al hospital. Si tengo que estar con ella no puedo hacer mis cosas, preparar la comida y eso... menudo trajín, que yo había cosas que tenía que hacer y no podía... es más fácil alterar mi rutina que llamar y pedir un cambio de hora al médico, si es a medio día por ejemplo. A veces mi familia comía sin mí porque yo estaba con mi madre. Lo tenía que hacer.

*Me genera tensión. Lo de las ganas de comer lo noté como hace... dos meses, que fue cuando empezamos a hablar de lo de la residencia. La veía (la comida) y no me apetecía, he perdido peso. Comes porque hay que hacerlo, pero sin ganas.*

- ¿Ha observado cambios en sus ritmos intestinales? (*tiene malas digestiones, toma laxantes u otros productos para regular su tránsito, dolor de estómago...*).

*Estreñimiento, la barriga “revolicada”, el cuerpo se afloja.*

- ¿Ha aumentado o perdido peso?

*(Ha contestado anteriormente)*

- ¿Ha aumentado su consumo de alcohol u otras drogas, o ha recurrido a algún tipo de medicación y/o otras sustancias (*productos de herbolario, por ejemplo*) para complementar su alimentación o regular su tránsito intestinal? En caso afirmativo, ¿considera que ello tiene alguna relación con su situación actual con su familiar?

*Sí, tranquilizantes. Infusiones también... El médico me mandó tranquilizantes, hace dos meses, me vi apurada (se entiende que tiene relación con un empeoramiento que hubo del estado de la madre hace dos meses).*

- ¿Se encuentra más cansado?

*Sí, claro. Es ansiedad, te genera ansiedad.*

- ¿Duerme más/menos horas? ¿Cuántas horas duerme habitualmente?

*Duermo menos. La cabeza no para, no paras de pensar, y al final ya por cansancio... pues te rindes, duermes un par de horas y a las cuatro o cinco de la mañana estás despierta otra vez.*

- ¿Se despierta por las noches? En caso afirmativo, ¿podría decir por qué le sucede? (*pesadillas, se despierta nervioso, inquieto, molestias intestinales...*).

*Me despierto en mitad de la noche, pesadillas no... me he levantado así de golpe alguna vez, muy nerviosa, puede que fuesen pesadillas y no me acordaba, no lo sé.*

- ¿Ha recurrido a algún tipo de medicamento y/o otras sustancias para dormir?

*Sí, tranquilizantes, los tomaba por las noches para dormir.*

- ¿Se ha visto alterada su vida sexual?

*Sí, claro. Vives en un estrés constante, siempre tienes eso metido en la cabeza, cuando uno va a tener una relación se supone que estás tranquila, peor cuando estás en una situación de tensión... yo no puedo... no puedes relajarte, estás nerviosa, eso te lo impide.*

#### DATOS DE SALUD

- ¿Presentaba algún problema de salud antes de ocuparse de su familiar? ¿Cuál?

*No.*

- ¿Presenta algún problema de salud desde que es cuidador? ¿Cuál? En caso afirmativo, ¿toma algún tipo de medicación y/o otras sustancias para tratarlo? (*analgésicos, antidepresivos, relajantes musculares, infusiones u otros productos de herbolario...*)

*El estrés y la ansiedad. Tomo los tranquilizantes para dormir.*

#### VIDA LABORAL

- ¿Realiza algún trabajo remunerado? En caso contrario, ¿cuál es su ocupación?

*No. Ama de casa.*

- ¿Ha dejado su trabajo/ocupación para dedicarse a cuidar? En caso contrario, ¿interfiere de alguna manera su papel como cuidador en su trabajo?

*Dejas de tener el ritmo normal de tu vida diaria, porque estás pendiente de lo otro (de la madre), lo tuyo lo vas arrinconando.*

- *¿Ha tenido que adaptar su trabajo/ocupación para poder ocuparse de su familiar? (cambios de horarios, turnos, trabajar menos horas, menos días...). En caso afirmativo, ¿cómo le afecta a nivel personal? (frustración, resignación, enfado, ansiedad, aceptación, alivio...).*

*Iba a la piscina, a pilates... pero lo tuve que dejar, porque es que si no... Por ejemplo mi casa no la puedo tener igual de limpia que antes porque ahora le estoy dedicando más tiempo a mi madre.*

*No me gusta. Lo hago porque sé que lo tengo que hacer, pero te pone nerviosa. Cabreo, enfado, resignación... pero no voy a dejar de atenderla a ella por ir a la piscina. Mi prioridad es ella. Yo intento hacer lo que puedo, aunque hay veces que me da la sensación como de que no lo hago bien, porque siempre acabo discutiendo con ella.*

- *¿Encuentra dificultades para desarrollarse laboralmente o promocionarse? (ya sea en su actual trabajo, o a la hora de buscarlo si no tiene). En caso afirmativo, ¿considera que está relacionado con su función como cuidador?*

*(esta pregunta no ha sido realizada porque la sujeto no tiene trabajo remunerado).*

- *¿Se ha reducido su economía como consecuencia de estas funciones?*

*No. Yo el dinero para las cosas de mi madre las saco de su pensión.*

#### *ACTIVIDADES FÍSICAS Y DE OCIO*

- *¿Práctica habitualmente algún tipo de ejercicio? (practica algún deportes, salir a caminar...) ¿Con qué frecuencia?*

*La natación, y pilates... y gimnasia.*

- *Desde que es usted cuidador, ¿su actividad física se ha visto alterada de alguna manera? (práctica más, menos...).*

*Ya no voy casi nada, porque hay que ir al médico o a otro sitio... no me gusta no ser regular (se refiere a acudir a sus actividades físicas) pero lo tengo que hacer. Hago menos ejercicio ahora, no lo puedo hacer porque está ella.*

- ¿Cuáles son sus aficiones? ¿Cuánto tiempo les dedica a la semana?

*(las actividades deportivas que ha comentado).*

- ¿Ha dejado de realizar alguna actividad que le gustaba por interferir de alguna manera en sus labores de cuidado?

*Sí, tengo que renunciar a cosas que me gustan para atenderla. La piscina y eso.*

#### VIDA SOCIAL Y FAMILIAR

- ¿Convive con algún familiar? ¿Con quién?

*Mi marido, y mis dos hijos.*

- ¿Cómo es la relación con los miembros de su familia?

*Yo creo que buena. Con sus detalles, pero bien.*

- ¿Considera que existe una buena comunicación entre vosotros?

*Bien, sí, siempre hay algunas cosas que... (Indica con gestos que hay cosas que a veces no se dicen) pero bien.*

- En el caso de que algún familiar/amigo u otras personas compartan con usted las labores de cuidado de su familiar, ¿cómo es su relación con él/ella?

*(Hablando de su hermana): bien, sí. Antes de ocuparme de mi madre, cuando estaba mi padre, pensaba: "es que tiene narices, somos dos y me lo estoy comiendo yo todo". Mi hermana es muy tranquila, a veces se ofrece a dar ayuda, pero... de uvas a peras. Eso me ha hecho sufrir, porque siempre ha sido así. A veces me ayuda, y eso es de*

*agradecer, pero... (Indica con gestos que su hermana la ayuda muy de vez en cuando).*

- ¿Se ha visto afectada su vida familiar de alguna manera como consecuencia de sus labores como cuidador?

*Yo creo que no. Mi marido, o mis hijos, cuando me han visto así mal han intentado ayudarme, lo que pasa que yo soy muy mía (se interpreta que tiene un carácter reservado, que no acostumbra a pedir o recibir ayuda) y les digo que no pasa nada, que no se preocupen. Bueno, mi hijo va un poco a la suya, mi marido y mi hija son los que más preguntan.*

- ¿Realiza alguna actividad con amigos u otros conocidos, no pertenecientes a su familia? Ponga ejemplos. ¿Con qué frecuencia las realiza?

*No sé... yo creo que sí, no tengo un puñado de amigos, pero tengo gente conocida y gente un poco más íntima, y salgo a veces, no mucho. A tomar café.*

- ¿Considera que su vida social se ha visto afectada o alterada de alguna manera desde que es usted cuidador? ¿De qué manera?

*Sí. A veces una amiga me llama y me dice que nos veamos, pero yo como estoy así con mi madre pues a veces no puedo, tengo que cuidar de ella. Me gustaría salir más, yo nunca he sido de estar siempre en la calle, pero sí me gustaría salir más.*

- ¿Ha perdido amistades o contactos con otras personas? En caso afirmativo, ¿lo relaciona con sus tareas de cuidado?

*No... (Se detiene unos segundos, pensativa) Ya no hablo tanto con una amiga... si es que estoy tan nerviosa que no me apetece salir. Una vez se puso un poco pesada con que saliera y le levanté la voz. Pobre, le pedí perdón luego, pero eso me hizo sentir mal... culpable, ella no tenía la culpa. La culpa es mía, porque no sé llevar esto.*

#### COMUNICACIÓN Y ESTADO EMOCIONAL

- ¿Le resulta fácil expresar sus emociones? ¿Suele hacerlo cuando lo necesita?

*No siempre... No, la verdad es que no. A veces me sale como una cosa aquí (se señala la barriga) y no sé... me lo callo, no sé. Es como si no consiguiera levantar, repuntar... yo intentaba estar mejor, pero...*

- ¿Habla con alguien acerca de los problemas de la vida diaria, de sus preocupaciones...? En caso afirmativo, ¿se siente mejor?

*No suelo. Es que no quiero preocupar a nadie... si es algo que tiene que ver con una persona concreta, como cuando me enfado con mi marido porque ha hecho algo que no me gusta sí se lo digo, pero de mis cosas no suelo. Y tampoco sabría explicarlo, así que... (Indica con gestos que está resignada, pero se interpreta que eso le molesta).*

- ¿Habla con alguien sobre su situación de cuidador? (el estado de su familiar, como se siente con ello...)

*Hablo con mi marido sobre cómo está mi madre, él pregunta y yo se lo digo.*

*(Cuando se le insiste sobre si habla de su situación como cuidador, por ejemplo su marido): A veces es que pienso: "¿a este para qué? Si este no..." Porque, ¿para qué? Si es que esto es así, él no puede hacer nada. A veces lo he comentado con algún conocido que yo sé que está en la misma situación que yo, pero no mucho, que la gente del pueblo habla mucho.*

Desde que es cuidador...

- ¿Se siente deprimido?

*Sí, preocupación... más triste, esta situación es triste (parece que quiere seguir hablando pero no encuentra las palabras. Finalmente se ríe ligeramente al mirar a la entrevistadora y no sigue hablando).*

- ¿Se siente nervioso o inquieto? ¿Con qué frecuencia?

*Sí, mucho. Vengo de familia nerviosa, así que...*

- ¿Se siente realizado o conforme con sus tareas de cuidado? ¿O se siente frustrado o estresado, impotente...?



*Me siento bien por hacer las tareas, sí. Las hago porque sé que las tengo que hacer, es mi trabajo (parece que quiere decir algo, pero tiene dificultades para encontrar las palabras. Mira al techo durante unos segundos, mordiéndose el labio). Yo sé que tengo que cuidar a mi madre... y... tengo claro que es mi obligación... con lo cual yo lo hago. ¿Me gustaría estar haciendo otra cosa? Pues sí, pero el saber que lo tienes que hacer y lo haces... te da como... tranquilidad, no sé. Sé que lo tengo que hacer, pero no me apetece, que quieres que te diga, pero hacerlo hace que te sientas... como más en paz, no sé... Si no lo hiciera no me sentiría tranquila... claro... (Balbucea durante unos segundos hasta que vuelve a reírse ligeramente).*

*Me encantaría que mi madre no dependiera de mí, porque yo hay veces que no puedo... no puedo, si es que parece que no me sale (lloriquea). Hay veces que yo intento que haga algo, y no me hace caso, y ya no sé qué hacer... se ve que no sé hacerlo...*

- *¿Ha perdido interés por su entorno más cercano? (por las cosas que pasan en su ciudad, por los problemas o asuntos de sus familiares o amigos...).*

*Por las cosas de mi familia no, pregunto si veo que no están bien.*

- De forma global, ¿cómo describiría su estado emocional en estos momentos?

*Pues... no sé... es que no voy a saber explicarlo bien. (Le insto a que siga hablando) Pues es como una sensación, aquí (se señala la barriga) que está siempre, como mal... es que no me hace caso, y yo me siento como mal, como que no puedo hacerlo. Me supera, es que me supera (Le sugiero la palabra "impotencia"): Sí, eso, impotencia... como que quiero hacer algo y que funcione y no hay manera... si es que nunca me ha hecho caso, si es que es mala en el fondo (lloriquea).*

#### **EXPECTATIVAS Y DISPONIBILIDAD**

- En estos momentos, ¿cómo describiría su grado de bienestar global?

*Mal, yo mal. Es que no descanso, no me apetece comer. Estoy siempre ahí, pensando (se señala la cabeza). Si es que la final la vamos a tener que meter en la residencia, yo no puedo... madre mía... (llora un poco más intesamente).*

- ¿Cómo cuantificaría, de 0 a 5, su grado de bienestar? (siendo 0 = “me encuentro muy mal”, y 5 = “me encuentro muy bien”)

1... o 2.

- ¿Qué resultados espera conseguir con esta intervención?

*Yo me quiero encontrar mejor, porque de verdad que no puedo. No tener la sensación está en la tripa... Y a mí me gustaría ir más a la piscina, que me gusta mucho.*

- ¿Qué disponibilidad tendría para acudir a terapia?

*(Concertar con el cuidador un horario de consultas)*

### **Referencias bibliográficas**

- Ávila, J., García, J. M., y Gaitán, J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista colombiana de psicología*, 19 (nº1), 71-84.
- Roca, M., Úbeda, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A., García, L. y Pedreny, R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Revista de Atención Primaria*, 26 (nº4), 217-223.

## Anexo II

### Resultados de la escala Zarit

TEST DE ZARIT – ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR	
1=Nunca ; 2=Rara vez ; 3=Algunas veces ; 4=Bastantes veces ; 5=Casi siempre	
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	1 2 (3) 4 5
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	1 2 3 (4) 5
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades? (trabajo, familia...)	1 2 3 (4) 5
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	1 (2) 3 4 5
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1 2 3 (4) 5
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	(1) 2 3 4 5
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	1 2 (3) 4 5
¿Piensa que su familia depende de usted?	1 2 3 4 (5)
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	1 2 3 (4) 5
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	1 2 3 (4) 5
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	1 2 (3) 4 5
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	1 2 (3) 4 5
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	1 2 3 (4) 5

¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puedo cuidar	1   ②   3   4   5
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	①   2   3   4   5
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1   2   ③   4   5
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1   2   ③   4   5
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	1   2   ③   4   5
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	1   2   3   4   ⑤
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	1   2   3   ④   5
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	1   2   3   ④   5
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	1   2   3   ④   5
<b>TOTAL</b> 43 puntos (Sobrecarga intensa)	

UNIVERSIDAD Miguel Alemán  
Hernández

## Resultados Test de Hamilton Escala 1

### TEST DE HAMILTON – ESCALA 1 -

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1					
	N	A	B	C	S
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad		X			
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo		X			
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.	X				
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.			X		
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.			X		
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.		X			
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.		X			
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.		X			
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.		X			
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.	X				
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.			X		
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.			X		
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.			X		
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.	X				
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.		X			
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.			X		
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.		X			
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.			X		
19. No se lo que pasa, me siento confundido.		X			
20. Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)	X				
21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.			X		

TOTAL: 25 / 84

**TEST DE HAMILTON – ESCALA 2 -**

**PACIENTE:**

**FECHA:**

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

	Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos	
	No me encuentro triste	
	Me siento algo triste y deprimido	
	Ya no puedo soportar ésta pena	
2	<input checked="" type="checkbox"/> Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar	
	Me siento desanimado cuando pienso en el futuro	
	Creo que nunca me recuperaré de mis penas	
0	<input checked="" type="checkbox"/> No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal	
	No espero nada bueno de la vida	
	No espero nada, esto no tiene remedio	
	He fracasado totalmente como persona (padre, madre, hijo, profesional, etc.)	
	He tenido más fracasos que la mayoría de la gente	
0	<input checked="" type="checkbox"/> Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena	
	No me considero fracasado	
	Veo mi vida llena de fracasos	
	Ya nada me llena	
	Me encuentro insatisfecho conmigo mismo	
0	<input checked="" type="checkbox"/> Ya no me divierte lo que antes me divertía	
	No estoy especialmente satisfecho	
	Estoy harto de todo	
	A veces me siento despreciable y mala persona	
	Me siento bastante culpable	
	Me siento prácticamente todo el tiempo despreciable y mala persona	
0	<input checked="" type="checkbox"/> Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable	
	No me siento culpable	
	Presiento que algo malo puede sucederme	
0	<input checked="" type="checkbox"/> Siento que merezco ser castigado	
	No pienso que esté siendo castigado	
	Siendo que me están castigando o me castigarán	
	Quiero que me castiguen	
1	<input checked="" type="checkbox"/> Estoy descontento conmigo mismo	
	No me aprecio	
	Me odio (me desprecio)	
	Estoy asqueado de mí	
	Estoy satisfecho de mí mismo	
0	<input checked="" type="checkbox"/> No creo ser pero que otros	
	Me acuso a mí mismo	
	Me siento culpable de todo lo malo que pueda ocurrirme	
	Siento que tengo muchos y muy graves defectos	
	Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores	
	Tengo pensamiento de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo	
	Siento que estaría mejor muerto	
	Siento que mi familia estaría mejor si yo me muriera	
	Tengo planes decididos de suicidarme	
0	<input checked="" type="checkbox"/> Me mataría si pudiera	
	No tengo pensamientos de hacerme daño	
	No lloro más de lo habitual	
	Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo	
2	<input checked="" type="checkbox"/> Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo	
	Ahora lloro más de lo normal	

	<input type="checkbox"/>	No estoy más irritable que normalmente	
1	<input checked="" type="checkbox"/>	Me irrito con más facilidad que antes	
	<input type="checkbox"/>	Me siento irritado todo el tiempo	
	<input type="checkbox"/>	Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba	
	<input type="checkbox"/>	He perdido todo mi interés por los demás y ya no me importan en absoluto	
1	<input checked="" type="checkbox"/>	Me intereso por la gente menos que antes	
	<input type="checkbox"/>	No he perdido mi interés por los demás	
	<input type="checkbox"/>	He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos	
1	<input checked="" type="checkbox"/>	Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones	
	<input type="checkbox"/>	Tomo mis decisiones como antes	
	<input type="checkbox"/>	Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	
	<input type="checkbox"/>	Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda	
1	<input checked="" type="checkbox"/>	Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado	
	<input type="checkbox"/>	Me siento feo y repulsivo	
	<input type="checkbox"/>	No me siento con peor aspecto que antes	
	<input type="checkbox"/>	Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable(o menos atractivo)	
	<input type="checkbox"/>	Puedo trabajar tan bien como antes	
	<input type="checkbox"/>	Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	
	<input type="checkbox"/>	No puedo trabajar en nada	
	<input type="checkbox"/>	Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo	
1	<input checked="" type="checkbox"/>	No trabajo tan bien como lo hacía antes	
	<input type="checkbox"/>	Duermo tan bien como antes	
	<input type="checkbox"/>	Me despierto más cansado por la mañana	
	<input type="checkbox"/>	Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir	
	<input type="checkbox"/>	Tardo una o dos horas en dormirme por la noche	
	<input type="checkbox"/>	Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme	
3	<input checked="" type="checkbox"/>	Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas	
	<input type="checkbox"/>	No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas	
1	<input checked="" type="checkbox"/>	Me canso más fácilmente que antes	
	<input type="checkbox"/>	Cualquier cosa que hago me fatiga	
	<input type="checkbox"/>	No me canso más de lo normal	
	<input type="checkbox"/>	Me canso tanto que no puedo hacer nada	
	<input type="checkbox"/>	He perdido totalmente el apetito	
2	<input checked="" type="checkbox"/>	Mi apetito no es tan bueno como antes	
	<input type="checkbox"/>	Mi apetito es ahora mucho menor	
	<input type="checkbox"/>	Tengo el mismo apetito de siempre	
	<input type="checkbox"/>	No he perdido peso últimamente	
1	<input checked="" type="checkbox"/>	He perdido más de 2 kg. y medio	
	<input type="checkbox"/>	He perdido más de 5 kg.	
	<input type="checkbox"/>	He perdido más de 7 kg. y medio	
	<input type="checkbox"/>	Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas	
1	<input checked="" type="checkbox"/>	Estoy preocupado por dolores y trastornos	
	<input type="checkbox"/>	No me preocupa mi salud más de lo normal	
	<input type="checkbox"/>	Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro	
1	<input checked="" type="checkbox"/>	Estoy menos interesado en el sexo que antes	
	<input type="checkbox"/>	He perdido todo mi interés por el sexo	
	<input type="checkbox"/>	Apenas me siento atraído sexualmente	
	<input type="checkbox"/>	No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo	

TOTAL : 19 / 63

### TEST DE HAMILTON – ESCALA 3

**PACIENTE:**

**FECHA:**

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

R = Raramente
A = Algunas veces
M = Muchas veces
S = Siempre

TEST DE HAMILTON – ESCALA 3	R	A	M	S	
1. Me siento más nervioso y ansioso de lo normal				<input checked="" type="checkbox"/>	3
2. Siento miedo sin ver razón para ello		<input checked="" type="checkbox"/>			2
3. Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor				<input checked="" type="checkbox"/>	3
4. Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar		<input checked="" type="checkbox"/>			2
5. Siento que todo va bien y nada malo puede suceder		<input checked="" type="checkbox"/>			3
6. Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan	<input checked="" type="checkbox"/>				1
7. Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda		<input checked="" type="checkbox"/>			2
8. Me siento débil y me canso con facilidad		<input checked="" type="checkbox"/>			2
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente		<input checked="" type="checkbox"/>			3
10. Siento que mi corazón late con rapidez		<input checked="" type="checkbox"/>			2
11. Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento	<input checked="" type="checkbox"/>				1
12. Tengo periodos de desmayo o algo así	<input checked="" type="checkbox"/>				1
13. Puedo respirar bien con facilidad			<input checked="" type="checkbox"/>		2
14. Siento adormecimiento y hormiguelo en los dedos de las manos y de los pies	<input checked="" type="checkbox"/>				1
15. Me siento molesto por los dolores de estómago y digestiones		<input checked="" type="checkbox"/>			2
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia			<input checked="" type="checkbox"/>		3
17. Mis manos las siento secas y cálidas			<input checked="" type="checkbox"/>		2
18. Siento que mi cara se enrojece y me ruborizo	<input checked="" type="checkbox"/>				1
19. Puedo dormir con facilidad y descansar bien		<input checked="" type="checkbox"/>			3
20. Tengo pesadillas	<input checked="" type="checkbox"/>				1

TOTAL: 40/80