

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN FAMILIARES CUIDADORES
DE PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Por

MARIA DE LOS ANGELES VILLARREAL REYNA

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

AGOSTO, 2006

TD
Z6675
.N7
FEn
2006
v55

ACC
06

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN FAMILIARES CUIDADORES

DE PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

M. A. V. R.

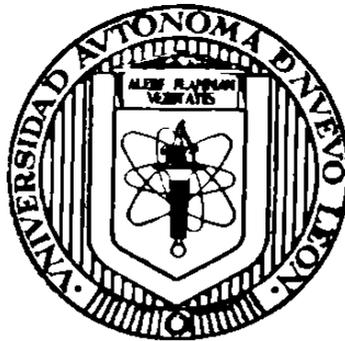


1020154555

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN FAMILIARES CUIDADORES
DE PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

Por

MARIA DE LOS ANGELES VILLARREAL REYNA

**Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**

AGOSTO 2006

1020528

TD
Z6675
.N7
FEn
2006
V55



FONDO
TESIS

23-IV-07
Manio

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN FAMILIARES CUIDADORES
DE PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Por

MARÍA DE LOS ÁNGELES VILLARREAL REYNA

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2006

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN FAMILIARES CUIDADORES
DE PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Por

MARÍA DE LOS ÁNGELES VILLARREAL REYNA

Director de Tesis

BERTHA CECILIA SALAZAR GONZÁLEZ, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2006

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN FAMILIARES CUIDADORES
DE PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Por

MARÍA DE LOS ÁNGELES VILLARREAL REYNA

Co - Director de Tesis

JANE DIMMITT CHAMPION, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2006

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN FAMILIARES CUIDADORES
DE PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Por

MARÍA DE LOS ÁNGELES VILLARREAL REYNA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2006

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN FAMILIARES CUIDADORES
DE PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Por

MARÍA DE LOS ÁNGELES VILLARREAL REYNA

Asesor Externo

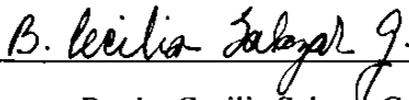
MARY LUANNE LILLY, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2006

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN FAMILIARES CUIDADORES
DE PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Aprobación de Tesis



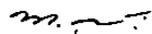
Bertha Cecilia Salazar González, PhD

Director de Tesis y Presidente



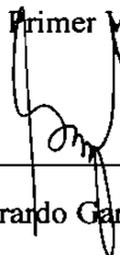
Dra. Yolanda Flores Peña

Secretario



Marco Vinicio Gómez Meza, PhD

Primer Vocal



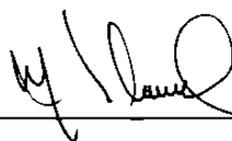
Dr. Gerardo Garza Sepúlveda, PhD

Segundo Vocal



Dr. Carlos E. Medina de la Garza, PhD

Tercer Vocal



MSP. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

DEDICATORIA

A Dios, por otorgarme el privilegio de compartir mi desarrollo personal, profesional y amor al conocimiento al lado de enfermeras sabias, inteligentes, críticas y altamente comprometidas en el logro del bienestar social de nuestro país.

A mis hijos, por su comprensión y apoyo incondicional; por regalarme un abrazo en los momentos difíciles; por ser mi fuente inagotable de inspiración. Queridos hijos, los amo.

A mi madre Panchita; hermanos Federico, Guadalupe, Teresita y Javier; amiga Juanita por su irrestricto amor y apoyo; por motivarme y estar siempre pendiente de mi hogar.

A Jorge, por su amor, ternura y espera.

A Asunción, Edith y Valentina, que en lo que transitamos juntas este período de aprendizaje, construimos una sólida amistad. Gracias por compartir conmigo sus conocimientos y brindarme su cariño. Siempre estarán en mi corazón.

A Martha, por estar siempre a mi lado compartiendo alegrías y sinsabores. Gracias amiga mía por seguir tejiendo nuestra amistad.

AGRADECIMIENTOS

Al Programa de Mejoramiento al Profesorado, por la beca otorgada para realizar los estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la UANL.

A las autoridades de la Universidad Autónoma de Coahuila, por el apoyo y facilidades concedidas para lograr la consecución de mis estudios.

A la Facultad de Enfermería de la UANL, especialmente a la Directora MSP. Silvia Espinoza Ortega, Doctora Esther C. Gallegos Cabriales, Directora del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería y MSP. Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación por haberme abierto las puertas de su institución y confiar en mi capacidad para cursar el Programa de Doctorado en Enfermería. Ha sido un gran honor estudiar en esta facultad.

A la Doctora Esther C. Gallegos Cabriales, que con su liderazgo visionario a favor del desarrollo de las estudiantes del programa de doctorado, propició inconmensurables oportunidades de aprendizaje y nos brindó la oportunidad de contar con una planta de maestros de alta calidad profesional.

A mi asesora y tutora, Doctora Bertha Cecilia Salazar González, gracias doctora por compartir sus profundos conocimientos teóricos; por incentivar en mí la aprehensión de diversas realidades; por guiarme a *meta* (más allá del camino). Admiro su inteligencia, y habilidad didáctica para propiciar en sus alumnos la construcción del conocimiento.

A la Doctora Keville Frederikson, que con su gran sensibilidad, carisma, empatía y filosofía de vida, consolidó mi admiración y compromiso a enfermería.

A mi co-director de tesis, Doctora Jane Dimmitt Champion; asesor estadístico, Doctor Marco Vinicio Gómez Meza; asesor externo, Doctora Mary LuAnne Lilly por su apoyo en la construcción y desarrollo de mi investigación. Gracias Doctora Mary LuAnne, por creer en mi trabajo.

A toda la planta de maestros del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería, por haber propiciado aprendizajes significativos que sirvieron de base en mi formación como investigadora.

Al personal administrativo y de servicios de la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería, que con su trabajo cotidiano contribuyeron en mi formación.

A mis compañeras del programa, Ana María, Asunción, Edith, Eunice, Lidia y Margarita y Valentina por compartir en el aula sus conocimientos y experiencias.

A las maestras Ana Laura Carillo, Francisca Torres, Iris Garza, Laura Sarmiento, Magdalena Delabra, Martha Magallanes y doctor José Elizondo, que con un alto compromiso de trabajo, desempeño profesional y valores éticos realizaron la entrega de la intervención, elemento clave en mi trabajo de investigación.

A la Asociación Alzheimer de Monterrey, A. C., especialmente a las señoras Alicia y Teodora por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

A las cuidadoras participantes, por su entusiasta colaboración y deseo de compartir sus experiencias.

RESUMEN

María de los Angeles Villarreal Reyna

Fecha de Graduación: Agosto de 2006

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Titulo del Estudio: PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN FAMILIARES
CUIDADORES DE PERSONAS CON LA ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER

Numero de páginas : 122

Candidato para obtener el grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

Propósito y Método de Estudio: Con el fin de promover la adaptación positiva en cuidadoras familiares de personas con la enfermedad de Alzheimer, se planteó una intervención psicoeducativa dirigida a la modificación de pensamientos negativos y apreciación de actividades placenteras. El Modelo de Adaptación de Roy sirvió de sustento teórico para el diseño de esta investigación. Se propuso un estudio cuasi-experimental con cuatro grupos y cuatro mediciones para evaluar el efecto de la intervención en la actitud hacia el cuidado, ansiedad y uso saludable del humor, medido en cuatro dimensiones. Las condiciones experimentales fueron: a) programa total, integrado por los componentes cognitivo-conductual y ejercicios de risa ($n_1 = 12$); b) componente cognitivo-conductual ($n_2 = 10$); c) componente de ejercicios de risa ($n_3 = 11$); condiciones comparadas a un grupo control ($n_4 = 13$) que recibió sesiones informativas sobre prevención de accidentes en el hogar. Los tratamientos se desarrollaron por espacio de ocho semanas con una sesión semanal y fueron diseñados e implementados por enfermería; el componente de ejercicios de risa fue llevado a cabo por un experto en humor terapéutico. El tamaño de la muestra se determinó considerando el estadístico ANOVA para un factorial 2X2 de mediciones repetidas, con cuatro niveles, con 95 % de confianza y una potencia para la interacción de tiempo X grupo de .90.

Contribución y Conclusiones: Los resultados de la intervención permitieron proponer un modelo explicativo derivado del Modelo de Adaptación de Roy; por lo tanto se extiende el conocimiento de la disciplina de enfermería y se agrega credibilidad al Modelo de enfermería seleccionado. Al término de la intervención, los dos grupos con el componente cognitivo-conductual mostraron efectos significativos en la mejora de la actitud, hacia el cuidado ($A = .334$; $F_{(3,42)} = 9.99$; $p = .001$; $\eta^2 = .422$ y $A = .264$; $F_{(2,31)} = 14.20$; $p < .001$; $\eta^2 = .486$), reducción de la ansiedad ($A = .628$; $F_{(3,42)} = 3.58$; $p = .003$; $\eta^2 = .208$ y $A = .576$; $F_{(2,31)} = 4.77$; $p = .002$; $\eta^2 = .241$), y del mal humor ($A = .664$; $F_{(3,42)} = 3.10$; $p = .009$; $\eta^2 = .185$ y $A = .698$; $F_{(2,31)} = 2.94$; $p = .027$; $\eta^2 = .164$), y aumento del humor incrementador del ser ($A = .615$; $F_{(3,42)} = 3.75$; $p = .002$; $\eta^2 = .216$ y $A = .575$; $F_{(2,31)} = 4.78$; $p = .002$; $\eta^2 = .242$). Estos efectos se mantuvieron significativos al mes de seguimiento aunque, las medias de algunas variables disminuyeron. Los resultados mostraron que el efecto del cumplimiento de tareas asignadas a las participantes para mejorar el humor es

mediado por la actitud y la ansiedad. Los ingresos económicos y el apoyo social afectan la participación de las cuidadoras ($R^2 = 34\%$). A menores ingresos y mayor apoyo social, mejor cumplimiento de tareas para mejorar el humor. Se concluye que Enfermería posee el potencial de interactuar con familiares cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, como en este caso con enfermedad de Alzheimer, e impactar su bienestar y calidad de vida y por ende, su salud.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS B. Cecilia Salazar G.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	4
Modelo de Adaptación de Roy y Teoría de Rango Medio	4
Actitud	8
Ansiedad	9
Humor	10
Apoyo Social	11
Revisión de Literatura	12
Intervenciones para el Cuidador	12
Actitud hacia el Cuidado	16
Ansiedad	19
Humor	20
Apoyo Social	24
Síntesis	26
Definición de Términos	27
Actitud hacia el Cuidado	27
Ansiedad	27
Humor	27
Apoyo Social	27
Variables Sociodemográficas	27
Hipótesis	28

Contenido	Página
Capítulo II	
Metodología	29
Diseño	29
Población, Muestreo y Muestra	30
Tratamiento	30
Formación de Equipos y Entrenamiento de los Asistentes de Investigación	33
Minimización de Amenazas	34
Criterios de Inclusión y Exclusión	34
Proceso de Reclutamiento	35
Lugar de la Intervención	35
Consideraciones Éticas	35
Procedimiento	36
Mediciones e Instrumentos	36
Plan de Recolección de Datos	41
Plan de Análisis de Datos	41
Capítulo III	
Resultados	44
Descripción de las Características de las Participantes	44
Variables de Estudio	45
Igualdad de Grupos	47
Confiabilidad Interna de los Instrumentos	49
Resultados de las Pruebas de Hipótesis	49
Primera Hipótesis	49
Segunda Hipótesis	66
Tercera Hipótesis	77

Contenido	Página
Cuarta Hipótesis	83
Quinta Hipótesis	84
Sexta Hipótesis	86
Capítulo IV	
Discusión	89
Conclusiones	97
Limitaciones	98
Referencias	99
Apéndices	108
A. Estructura Conceptual - Teórico - Empírica	109
B. Consentimiento Informado	110
C. Mini Mental Estado	112
D. Escala de Depresión (CES-D)	113
E. Cedula de Variables Sociodemográficas	114
F. Apoyo Social (Duke-UNC-11)	115
G. Escala de Actitudes Hacia el Cuidado	116
H. Inventario de Ansiedad: Estado (IDARE)	117
I. Cuestionario de Estilos de Humor	118
J. Inventario de Alegría-Estado	119
K. Análisis de Tukey para Actitud, Ansiedad y Humor	120

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Diseño cuasi – experimental con cuatro grupos y cuatro mediciones con estructura factorial 2X2 entre sujetos	29
2. Distribución del ingreso mensual	44
3. Datos descriptivos de variables resultado	46
4. ANOVA de mediciones base y medias por grupo	48
5. Confiabilidad interna de los instrumentos	49
6. Datos descriptivos y ANOVA de actitud por grupo y tiempo	50
7. ANOVA de mediciones repetidas para actitud	51
8. Datos descriptivos y ANOVA de ansiedad por grupo y tiempo	53
9. ANOVA de mediciones repetidas para ansiedad	54
10. Datos descriptivos y ANOVA de humor afiliativo por grupo y tiempo	55
11. ANOVA de mediciones repetidas para humor afiliativo	57
12. Datos descriptivos y ANOVA de humor incrementador por grupo y tiempo	58
13. ANOVA de mediciones repetidas para humor incrementador del ser	59
14. Datos descriptivos y ANOVA de alegría por grupo y tiempo	60
15. ANOVA de mediciones repetidas para alegría	62
16. Datos descriptivos y ANOVA de mal humor por grupo y tiempo	63
17. ANOVA de mediciones repetidas para mal humor	65
18. ANOVA de mediciones repetidas para actitud	67
19. ANOVA de mediciones repetidas para ansiedad	69
20. ANOVA de mediciones repetidas para humor afiliativo	71
21. ANOVA de mediciones repetidas para humor incrementador del ser	73
22. ANOVA de mediciones repetidas para alegría	74
23. ANOVA de mediciones repetidas para mal humor	76

Tabla	Página
24. Resumen del análisis de regresión para actitud como mediadora entre cumplimiento y alegría	78
25. Resumen del análisis de regresión para actitud como mediadora entre cumplimiento y mal humor	79
26. Resumen del análisis de regresión para ansiedad como mediadora entre cumplimiento y alegría	81
27. Resumen del análisis de regresión para ansiedad como mediadora entre cumplimiento y mal humor	82
28. Resumen del análisis de regresión para variables sociodemográficas y apoyo social como predictoras de la participación	83
29. Resumen del análisis de regresión para variables sociodemográficas y apoyo social como predictoras de humor	85
30. Resumen del análisis de regresión para variables sociodemográficas y apoyo social, participación, actitud y ansiedad como predictoras de humor	87

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Esquema de relación de conceptos	8
2. Actitud. Comportamiento de medias por tiempo y grupo	52
3. Ansiedad. Comportamiento de medias por tiempo y grupo	55
4. Humor Afiliativo. Comportamiento de medias por tiempo y grupo	56
5. Humor Incrementador del Ser. Comportamiento de medias por tiempo y grupo	58
6. Alegría. Comportamiento de medias por tiempo y grupo	61
7. Mal Humor. Comportamiento de medias por tiempo y grupo	64
8. Esquema final de relación de conceptos	97

Capítulo I

Introducción

El cuidado de una persona con enfermedad de Alzheimer (EA) constituye un serio problema de salud con implicaciones familiares, económicas y sociales que tiende a incrementarse dado que la esperanza de vida es más alta y la prevalencia de la EA aumenta con la edad. Por cada cien adultos en edades de 60 a 65 años, las tasas reportadas van de cinco a diez y en los mayores de 85 años aumenta de 45 a 50. En México, cerca de 360 mil personas padecen la EA y se espera que para el año 2025 sean más de un millón (Secretaría de Salud [SS], 2004). Se estima que siete de cada 10 personas con la EA viven en su casa cuidados por su propia familia (SS, 2001), cuidados que pueden prolongarse por períodos largos de 15 años o más (A. Treviño, comunicación personal, 29 de julio, 2005).

Los cambios de comportamiento, pérdida de la memoria y deterioro del pensamiento que acompañan a esta enfermedad, restringen la habilidad de los enfermos para realizar actividades de la vida diaria imponiendo con ello cargas de tipo físico, emocional, social y financiero en sus cuidadores (Acton & Kang, 2001; Brodaty, Green & Koschera, 2003; Thompson et al., 2004; Yin, Zhou & Bashford, 2002). Ante tales cargas, los cuidadores deben reorganizar sus rutinas diarias, lo que suele acompañarse de sentimientos de pena, por el deterioro intelectual del ser querido, tales como pesar y melancolía. Generalmente dichos sentimientos se generan por la ausencia psicológica del familiar enfermo además, de las tensiones que les provocan las actividades que enfrentan diariamente. La carga de cuidar puede incrementarles el riesgo de depresión, ansiedad y uso de drogas psicotrópicas (Connell, Janevic & Gallant, 2001).

Si bien el cuidar a un familiar con EA es pesado y puede afectar la propia salud, algunos cuidadores reportan esta experiencia como positiva. En este sentido, algunos estudios indican que disfrutar el rol, la satisfacción, el bienestar, la recompensa, el

desarrollo y la trascendencia de los cuidadores son aspectos positivos reportados por ellos (Barrera-Ortiz, 2000; Cohen, Colantonio & Vernich, 2002; Dibartolo, 2002; Farran, 1997; Farran, Miller, Kaufman, Donner & Fogg, 1999; Louderback, 2000). En la experiencia personal del investigador, los cuidadores mexicanos refieren experimentar satisfacción, aceptación y sentimientos de amor como resultados positivos del cuidar.

Los cuidadores efectivos, satisfechos y optimistas son los que presentan bajos niveles de angustia y depresión (Glanz, Rimer & Lewis, 2002; Roesch, Weiner & Vaughn, 2002). La percepción que los cuidadores tienen del apoyo recibido de la familia o amigos influye positivamente los resultados en su salud (Chang, Brecht & Carter, 2001).

Todo lo anterior presupone ciertas características del cuidador y recursos que lo conducen hacia una actitud positiva. Algunos autores señalan la necesidad de promover intervenciones diseñadas para incrementar la habilidad de los cuidadores de encontrar “aspectos positivos” en su experiencia de cuidar (Dibartolo, 2002; Farran 2001; Farran & Loukissa, 2004). Una intervención psicoeducativa dirigida a que cada cuidador identifique y re-enmarque los aspectos positivos dentro de su rol de cuidador y recurra a estrategias o actividades que le produzcan bienestar tales como el uso del humor posee el potencial de ayudarles a recrear cambios positivos emocionales, conductuales, cognitivos y fisiológicos (Martin, 2001; Smith, 2000; Sultanoff, 2003).

En México, existe un vacío de conocimiento sobre intervenciones dirigidas a promover la adaptación del cuidador. Las intervenciones efectivas mas relacionadas se han llevado a cabo en poblaciones hispanas diseñadas para enseñarles habilidades cognitivas y conductuales específicas como el cambio de pensamientos negativos y el incremento de actividades placenteras (Gallagher-Thompson, Arean, Rivera & Thompson, 2001; Gallagher-Thompson, Solano, Coon & Arean, 2003; Losada-Baltar, Izal-Fernández de Trocóniz, Montorio-Cerrato, Márquez-González & Pérez-Rojo, 2004).

Las estrategias de intervención con esta población se clasifican en intervenciones de un componente y las de múltiples componentes (multicomponentes). Las estrategias de un componente comprenden grupos de apoyo, psicoeducación, consultoría, descanso y las llamadas multicomponentes son las que contienen dos o más de esos componentes de intervención (Acton & Kang, 2001; Farran, 2001; Yin et al., 2002). Particularmente, las investigaciones que utilizan estrategias psicoeducativas como el adiestramiento de habilidades, han tenido efectos positivos, en cuanto a la carga subjetiva, ansiedad, depresión, frustración, pensamientos disfuncionales, utilización de servicios de salud, y calidad de vida percibida en los cuidadores (Chang, 1999; Coon, Thompson, Steffen, Sorocco, Gallagher-Thompson, 2003; Gallagher-Thompson, Haley et al., 2003; Millán-Calenti et al., 2000, Mittelman, Roth, Haley & Zarit, 2004).

Por lo tanto, el propósito de este estudio fue verificar los efectos de una intervención psicoeducativa en la actitud hacia el cuidado, la ansiedad y el uso saludable del humor en cuidadores de enfermos con EA bajo tres modalidades de intervención, las cuales incluyen la combinación de los componentes más reportados en la literatura: a) intervención psicoeducativa con los componentes, cognitivo conductual y ejercicios de risa; b) intervención con el componente cognitivo conductual; c) intervención con ejercicios de risa en comparación a un grupo control.

El Modelo de Adaptación de Roy (MAR) (Roy & Andrews, 1999), fue apropiado para explicar la relación entre variables cognitivas, conductuales y emocionales presentes en una experiencia de humor. Así mismo, para guiar el desarrollo y la prueba de la intervención enfocada a favorecer actitudes que les permitan re-enmarcar “aspectos positivos” en la experiencia de cuidar, disminuir la ansiedad y promover el uso saludable del humor en cuidadores de un familiar con la EA.

La prueba de la efectividad de la intervención propuesta bajo el MAR, contribuye a la credibilidad del modelo y por lo tanto extiende este modelo de enfermería a la experiencia de los cuidadores de enfermos con EA. La intervención

realizada constituye una primera fase de un programa de investigación que debe continuar probando la teoría de rango medio propuesta con otros grupos de cuidadores y posteriormente sintetizar la intervención psicoeducativa para la práctica de enfermería dirigida a los cuidadores de pacientes con EA. Como consecuencia, las bondades de esta intervención pueden extenderse a la calidad del cuidado brindado a los pacientes con EA, además de los beneficios para la salud del mismo cuidador.

Así, la pregunta de investigación fue ¿Cuál de las tres modalidades de intervención propuestas produce mayores efectos en la actitud hacia el cuidado, la ansiedad y el uso saludable del humor en cuidadores familiares de personas con la enfermedad de Alzheimer?

Marco Teórico

Como ya se señaló, el marco teórico que guió esta investigación fue el MAR (Roy & Andrews, 1999). La pertinencia del modelo estriba en que el MAR busca que los individuos alcancen la adaptación y visualiza los sistemas adaptativos humanos como un todo con partes que funcionan en unidad para un propósito. Primero se aborda el MAR y los conceptos que fueron utilizados en este estudio y posteriormente la literatura particular de apoyo al concepto de actitud, ansiedad, humor y apoyo social.

Modelo de Adaptación de Roy y Teoría de Rango Medio

El MAR define a los humanos como sistemas adaptativos en constante adaptación al medio ambiente. De acuerdo al modelo los sistemas humanos adaptativos se componen básicamente de entradas, procesos y salidas. Las entradas al sistema constituyen los estímulos que detonan mecanismos de afrontamiento para generar salidas llamadas conductas, respuestas o modos adaptativos.

El modelo reconoce tres tipos de estímulos: focal, contextual y residual que ponen en operación dos procesos de afrontamiento llamados regulador y cognator

(término acuñado por la autora) que a su vez generan conductas adaptativas. Las conductas pueden ser observadas en cuatro respuestas o modos adaptativos físicos y psicosociales denominados modo fisiológico, modo de función del rol, modo de autoconcepto y modo de interdependencia (Roy & Andrews, 1999, pp. 48-52).

El estímulo es cualquier fenómeno interno o externo que provoca una conducta o respuesta. El estímulo focal es el factor que confronta inmediatamente a la persona en un momento determinado y demanda toda su atención o energía. Los estímulos contextuales son otros factores que contribuyen a los efectos del estímulo focal e influyen la conducta o respuesta, pero sin convertirse en su centro de atención. Los estímulos residuales son factores cuyos efectos en una determinada situación no son claros, de acuerdo a la autora del modelo, cuando se vuelven claros para la persona dejan de ser residuales para convertirse en contextuales (pp. 38-40), por lo tanto en este estudio no se exploraron.

Para fines de este estudio el estímulo focal estuvo representado por la condición de ser el cuidador de un familiar con EA; los estímulos contextuales por las características personales del cuidador, recursos económicos y de apoyo social, incluyendo su participación en el programa psicoeducativo.

De acuerdo al MAR, los procesos de afrontamiento representan las formas innatas o adquiridas de interacción con el medio ambiente. Los procesos innatos de afrontamiento son genéticamente determinados y los procesos automáticos se transmiten a través de los canales endocrino, químico o neural, como productos de procesos fisiológicos. En cambio, los procesos de afrontamiento adquiridos son aprendidos a través de la experiencia. Roy acuñó el término cognator para designar a los procesos complejos que responden a través de cuatro canales cognitivos-emotivos: perceptual e informativo, aprendizaje, juicio y emociones. Los procesos perceptual e informativo incluyen las actividades de atención selectiva, codificación y memoria; el aprendizaje involucra la imitación, reforzamiento y comprensión; el juicio incluye actividades como

solución de problemas y toma de decisiones; y las emociones comprenden pensamientos (pp. 46-47), como hacer valoraciones positivas y actividades para aliviar su ansiedad. Estos procesos de afrontamiento no pueden ser observados directamente sin embargo, se reconoce que el cuidador los puso en operación mientras participó en la intervención psicoeducativa.

Las respuestas o conductas son acciones y reacciones del individuo bajo circunstancias específicas. Las respuestas humanas se generan en función de los estímulos y del nivel de adaptación individual, es decir de los recursos y experiencias de cada persona (p. 43). Se propuso que el nivel de adaptación del cuidador afectará las respuestas de interés, actitud hacia el cuidado, la ansiedad y el humor.

De acuerdo al MAR el modo de función del rol posee una perspectiva interaccionista formada a través de la interrelación con otros y abarca la toma de roles propiamente (p. 49). En consecuencia los roles de las personas son descubiertos, creados, modificados y definidos. A través de las actividades diarias de cuidar a un familiar con la EA, los cuidadores encuentran el significado de ser cuidador y por lo tanto reflejan una perspectiva o actitud hacia el cuidado. Las actitudes positivas hacia su función de cuidado ayudan a mantener la atención y calidad del cuidado hacia el familiar con la EA y representa la respuesta social adaptativa.

El modo de autoconcepto se refiere al conjunto de creencias y sentimientos acerca de sí mismo en un momento dado. La autora lo divide en yo personal y en yo físico. El yo personal, comprende la autoconsistencia, el yo ideal y el yo moral-ético-espiritual. La autoconsistencia se refiere al esfuerzo de uno por mantener el equilibrio y la auto-organización; la ansiedad representa una instancia de desequilibrio o desorganización (p. 49). El yo físico incluye la sensación e imagen corporal pero en este estudio no se observó.

La ansiedad puede ser una respuesta para enfrentar de forma adecuada los acontecimientos diarios, cuando los recursos de las personas son rebasados, el equilibrio

se rompe convirtiéndose en un problema y puede interferir en la adaptación e impedir el funcionamiento normal de las personas. La ansiedad es un estado emocional que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva pero conscientemente percibida y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Al inicio, se libera adrenalina y noradrenalina de la médula suprarrenal y la corteza suprarrenal segrega cortisona. Estas hormonas aumentan la frecuencia cardíaca, elevan la presión arterial e incrementan el ritmo afectando también la cognición y la percepción. La capacidad del cuidador para apreciar y utilizar saludablemente el humor representará la adaptación general. Una experiencia humorística produce un efecto relajante por un mecanismo de tensión-distensión del sistema muscular. Cuando una persona ríe, su musculatura se contrae durante fracciones de segundo para pasar después a un estado interno de relajación.

Para Roy (Roy & Andrews, 1999), enfermería es una profesión que a través de conocimiento especializado contribuye a resolver las necesidades de salud y bienestar de los individuos y grupos enfocándose en los procesos de afrontamiento y promoviendo la adaptación positiva. La promoción de la adaptación positiva se logra manejando los estímulos (alterándolos, incrementándolos, reduciéndolos, removiéndolos o manteniéndolos) o bien fortaleciendo los procesos adaptativos a través de estrategias de afrontamiento (pp. 54, 55). La posibilidad de re-enmarcar los pensamientos para revalorar los aspectos positivos de la propia situación de cuidar, acompañada del aprendizaje del uso de actividades o estrategias humorísticas, pueden facilitar la adaptación del cuidador.

En resumen la teoría de rango medio se derivó del MAR con los siguientes conceptos: a) estímulo focal^a representado por el hecho de ser cuidador de un familiar con la EA; b) estímulos contextuales representados por las variables sociodemográficas, apoyo social percibido y participación de los cuidadores en el programa psicoeducativo; c) las respuestas adaptativas del cuidador observadas a través de los modos de función

del rol representado por la actitud hacia el cuidado y el modo de autoconcepto representado por la ansiedad, y d) la adaptación al cuidado representada por el uso saludable del humor (ver Figura 1).

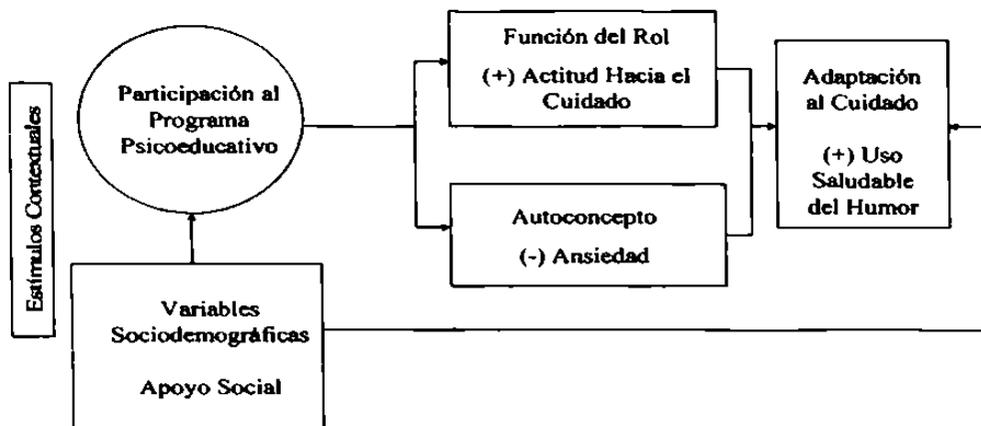


Figura 1 Esquema de relación de conceptos

^aNo se incluye en el modelo por no ser una variable; comprende la población de interés

Actitud

Las actitudes son conjuntos interrelacionados de creencias, sentimientos y conductas hacia determinados objetos, personas o grupos; pueden ser consideradas como predisposiciones aprendidas productos de la socialización y, por tanto, modificables (Manassero, Vázquez & Acevedo, 1999).

El núcleo central de la actitud es la evaluación que la persona realiza a favor o en contra del objeto de la actitud; esta evaluación comprende un largo espectro de posiciones entre el agrado y desagrado que se definen como actitudes positivas o negativas. Actitudes positivas pueden ser esperanza, confianza, amor, satisfacción, desarrollo, trascendencia, alegría y propósito en tanto que actitudes negativas pueden ser desesperanza, desconfianza, odio, insatisfacción, frustración.

Las influencias bidireccionales de la actitud desempeñan un papel crítico en permitir que el individuo imponga una interpretación coherente ante una situación total determinada (Simon, Kradwizyk & Holyoak, 2004). Aún cuando tradicionalmente se ha considerado el efecto que la actitud tiene sobre la conducta, también la actitud puede inferirse del comportamiento a través de la autopercepción. Este efecto se ha demostrado particularmente en dominios como el humor (Olson, 1992).

Las actitudes de los cuidadores influyen su estado de salud. Los cuidadores que piensan que son efectivos, ven su trabajo como satisfactorio o desafiante, y no se encuentran subjetivamente alterados poseen bajos niveles de angustia y se adaptan mejor (Glanz et al., 2002; Roeasch et al., 2002). Por lo que es importante promover actitudes positivas hacia el cuidado que permitan extender la calidad del cuidado que brindan al familiar con la EA y reducir sus niveles de ansiedad y de esta forma favorecer la adaptación del cuidador.

Ansiedad

La ansiedad puede ser conceptualizada como estado y como rasgo (Spielberg & Díaz-Guerrero, 2002), sin embargo para fines de este estudio solamente se abordó como estado. La ansiedad es considerada una experiencia subjetiva desagradable asociada con la percepción de una amenaza imaginaria o real (Frank-Stramborg & Olsen, 2004). La ansiedad estado se refiere a una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión, intranquilidad y angustia y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede llegar a producir sensación de constricción precordial.

En suma, la ansiedad es una respuesta emocional que denota una desviación del funcionamiento normal de las personas. Comprende sensaciones no placenteras en las que puede verse disminuida la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y que ponen en riesgo la salud. En el caso de los cuidadores, la ansiedad es una respuesta

negativa común producto de las actividades del cuidar que requiere ser atendida. Lograr la disminución de los síntomas de ansiedad permitirá reducir riesgos en su salud y permitirá mantener la continuidad del cuidado a su familiar enfermo.

Humor

En psicología, el humor es definido como una variante del estado afectivo que puede mantenerse por algún tiempo. Para fines de este estudio se considera como la disposición para recurrir a estilos de humor “que permiten al individuo experimentar placer aun cuando enfrenta adversidades” (Wooten, 1999, p. 44). La risa es un referente concreto muy vinculado al humor, que se define como “la manifestación objetiva de alegría caracterizada como una serie de espiraciones espasmódicas, en parte involuntarias con vocalización inarticulada y contracciones de los músculos faciales” y la alegría es “un sentimiento de placer originado generalmente al experimentar satisfacción” (Rodríguez-Álvarez, Magallanes-Molina, Estaño-Vidal, García-Ramos & Valencia-Flores, 2002).

Los individuos que experimentan aflicción tienden a separarse y a no comprometerse en relaciones y oportunidades mientras que los individuos que experimentan buen humor se vuelven más activos, atentos y siguen en contacto con otros, de este modo la conducta es positiva (Sultanoff, 2003). Por lo que se considera que el humor promueve la salud y el bienestar. Desde la perspectiva cognitiva, el humor involucra la percepción de una incongruencia o paradoja en un contexto cómico. Es la resolución cognitiva de la incongruencia la que ayuda en el cambio de patrones de pensamiento rígidos asociados con una variedad de aflicciones emocionales; también ayuda a estimular las habilidades de solución de problemas al impulsar el pensamiento divergente y activando ideas y opciones anteriormente inaccesibles (Gelkopf & Kreidler, 1996).

La experiencia del humor acompañada de risa influye en la anatomía y fisiología

de las personas; cuando los individuos ríen, decrecen sus niveles de hormonas del estrés (Berk, Felten, Tan, Bittman & Westengard, 2001), y los sistemas cardiovascular y musculoesquelético son activados (Fry, 1992; Fry, 1994). Como resultado de la activación física ocurren cambios bioquímicos; el humor parece modular la actividad en algunas regiones corticales e involucra una red de trabajo de la región subcortical incluyendo el núcleo accumbens, un componente clave en el sistema de recompensa mesolímbico dopaminérgico. Así, el uso del humor es considerado como positivo, o una recompensa; no obstante, algunas personas como aquellas que experimentan depresión, podrían tener “apagado” este vínculo recompensatorio y, por eso, les falta habilidad para apreciar o usar el humor (Mobbs, Greicius, Andel-Azim, Menon & Reiss, 2003). En conclusión, el humor influye en las emociones, conducta, perspectivas cognitivas y fisiología.

Apoyo Social

El apoyo social es un componente del ambiente social del individuo. El apoyo social percibido es considerado como el suministro de soporte otorgado por otros que se refleja en las funciones propias al promover el afrontamiento al estrés e inducir resultados positivos de salud. El apoyo social toma un rol mediador al proteger la salud de los eventos estresantes así como un efecto directo en la salud y el bienestar de las personas independientemente del estrés (Frank-Stromborg & Olsen, 2004); así, se ha estudiado el efecto que tiene el apoyo social en las actitudes y conductas que impactan en la salud y la longevidad, como la dieta, dejar de fumar o el ejercicio físico (Matud, Carballeira, López, Marrero & Ibáñez, 2002).

El apoyo social que las personas perciben recibir está determinado por las creencias que ellos tienen acerca del soporte que otros les brindan, las relaciones de compañerismo, intimidad y socialización (Lakey & Cohen, 2000). En el contexto de los cuidadores familiares, las fuentes del apoyo social pueden ser la familia, amigos, grupos

de apoyo. No obstante, si los cuidadores perciben que las relaciones con estas estructuras sociales son inadecuadas, el efecto puede ser contrario, convirtiéndose en una fuente de estrés (Azevedo dos Santos, 2002).

El apoyo social es un componente del contexto del cuidador que es importante valorar por las implicaciones que tiene en su salud y bienestar. La percepción que el cuidador tiene del apoyo recibido puede tener efecto directo o indirecto en los resultados de salud.

Revisión de la Literatura

La literatura revisada muestra lo que hasta el momento se conoce con relación a las variables incluidas en este estudio. Primero, se presenta un resumen de las intervenciones que se han realizado con familiares cuidadores. Posteriormente, los reportes de investigación sobre actitudes hacia el cuidado, ansiedad, humor, seguido por apoyo social y al final, una síntesis de la literatura revisada.

Intervenciones para el Cuidador

Algunos meta análisis sobre intervenciones para cuidadores de familiares con la EA han demostrado la efectividad de los grupos psicoeducacionales. Los programas han variado en número de participantes; en estudios controlados, el rango en los grupos de intervención ha oscilado de 11 a 268 con un tamaño de efecto promedio de 0.41 (95% IC: 0.32 a 0.51). La duración de los programas ha variado desde dos semanas a un año; las sesiones de una a tres horas semanales; con resultados positivos en la reducción de la ansiedad, depresión, frustración, pensamientos disfuncionales, incremento de habilidades de afrontamiento, satisfacción, calidad de vida y conocimiento de los cuidadores sobre la enfermedad (Acton & Winter, 2002; Brodaty et al., 2003; Farran, 2001; Whittier, Coon & Aker, 2002; Yin et al., 2002).

A continuación se describen siete estudios de intervención psicoeducativa en

familiares cuidadores de personas con la EA (Chang, 1999; Coon et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2001; Gallagher-Thompson, Haley et al., 2003; Losada-Baltar et al., 2002; Millán-Calenti et al., 2000; Mittelman et al., 2004), dirigidos a disminuir síntomas de ansiedad, pensamientos disfuncionales, depresión, frustración y el incremento de afrontamiento adaptativo. Todos los estudios manejaron al menos dos grupos, experimental y control, a excepción de Millán-Calenti et al. (2000), que trabajaron un solo grupo. La selección de participantes al grupo experimental o control fue aleatoria. Las intervenciones se desarrollaban en pequeños subgrupos de 8 a 12 participantes.

Chang (1999), estudió a 65 cuidadores ($n = 31$ grupo experimental y $n = 34$ grupo control). La intervención fue de ocho semanas, el grupo experimental recibió un video de modelaje de conducta con estrategias para resolver problemas relacionados con el cambio de conducta de la persona con la EA y para realizar actividades placenteras, mientras que el grupo control recibió entrevistas estructuradas telefónicas tipo placebo. Los participantes en la condición de intervención, comparados con los de grupos control redujeron los síntomas de ansiedad ($F_{(1,63)} = 4.27; p = .01$).

Millán-Calenti et al. (2000) desarrollaron un programa de apoyo durante un año con dos actividades quincenales de visita y compañía y terapia de grupo sobre el manejo de la ansiedad y educación relacionada con la EA y seguridad en el hogar. El estudio tuvo un solo grupo con 14 cuidadores. La media inicial del estado de ansiedad fue de 27.7 y la final de 19.8, reportan que obtuvieron diferencia significativa pero no ofrecen el dato.

A continuación se describen algunos estudios que manejaron variables relacionadas como cambios de pensamientos disfuncionales o negativos, frustración, depresión y asertividad. Losada-Baltar et al. (2002), estudiaron los efectos de dos intervenciones: la primera se enfocó a manejo de pensamientos disfuncionales mediante el entrenamiento de habilidades y estrategias cognitivo-conductuales para enfrentar

sentimientos y emociones negativas (culpa, tristeza y enfado) con 12 cuidadores; la segunda, a la identificación y solución de problemas relacionadas con el cuidado con 15 cuidadores. Los dos grupos de intervención fueron comparados con un grupo control con cuatro cuidadores. La duración fue de ocho sesiones de dos horas semanales. Tres meses después terminados los programas, los participantes en la intervención cognitivo-conductual mostraron menos pensamientos disfuncionales que los participantes en la intervención de solución de problemas ($p < .05$). La comparación intra grupo de la intervención cognitivo conductual mostró reducción de pensamientos disfuncionales ($Z = -2.3; p \leq 0.05$).

Coon et al. (2003), midieron los efectos de dos intervenciones psicoeducativas, entrenamiento del manejo de la frustración ($n = 41$); de la depresión ($n = 45$) en comparación a un grupo control ($n = 44$). Implementaron ocho sesiones de enseñanza de dos horas por semana en dos modalidades a) técnicas de relajación y formas asertivas de hacer frente a pensamientos disfuncionales que preceden a la frustración, y b) técnicas de automonitoreo para identificar actividades placenteras para controlar el estado de ánimo. La reducción de los síntomas de depresión fue mayor en los participantes con niveles más altos de depresión en el grupo de manejo de la depresión ($F_{(1,59)} = 4.91; p = .03$) en comparación a aquellos con niveles más bajos de depresión.

Otra intervención también psicoeducativa se condujo con 70 cuidadoras hispanas ($n = 43$ en grupo experimental, $n = 27$ en el grupo control) por ocho semanas de dos horas semanales. El entrenamiento consistió en manejo de habilidades cognitivas y conductuales utilizando técnicas de relajación, identificación y cambio de pensamientos disfuncionales, asertividad y autoafirmaciones positivas (Gallagher-Thompson, Haley et al., 2001). Los autores reportan que el grupo experimental estuvo menos deprimido después de la intervención que el grupo control ($U = 296.5; p < .001$). Otro hallazgo reportado es el incremento de habilidades para el control del enojo ($U = 395; p < .03$).

Gallagher-Thompson et al. (2003), compararon dos grupos de cuidadoras

mexico-americanas ($n = 91$) con dos grupos de americanas ($n = 122$) en dos intervenciones: a) programa psicoeducativo de afrontamiento y b) grupo de apoyo mejorado que consistía en discusiones dirigidas y “escuchar empático”. Las intervenciones tuvieron una duración de 10 semanas y 2 horas por sesión en reuniones semanales. Las cuidadoras México-americanas mostraron reducción de síntomas depresivos ($t_{(104)} = 2.94; p < .01$) en comparación al grupo de Americanas en la intervención de afrontamiento, la otra intervención no mostró efectos significativos. Otro hallazgo fue que las participantes México-americanas incrementaron el uso de estrategias de afrontamiento adaptativo ($t_{(104)} = 3.44; p < .01$) en comparación al grupo de Americanas.

Mittelman et al. (2004), condujeron una intervención de seis sesiones educativas, por cuatro meses en un grupo de apoyo, y además consultoría en situaciones críticas del cuidado al familiar con la EA. El número de cuidadores fue de 203 en cada grupo, experimental y control. El grupo experimental disminuyó los síntomas de depresión ($F_{(1,404)} = 6.40; p = .02$) en comparación al grupo control. Al ajustar el efecto de la intervención considerando el nivel de severidad de la enfermedad, género y que el familiar estuviese siendo cuidado en una casa de retiro o la muerte de éste, los resultados mostraron que el efecto se mantuvo al año ($F_{(3,327)} = 3.69; p = .02$) así como después del año hasta los cinco años ($F_{(3,1948)} = 3.24; p = .009$).

En resumen, las intervenciones psicoeducativas con dos grupos, uno experimental y otro de control, encaminadas a la reducción de la ansiedad, pensamientos disfuncionales, depresión, frustración y el incremento de afrontamiento adaptativo muestran resultados positivos. Una intervención de un solo grupo mostró también el logro de la reducción de ansiedad. Las intervenciones consistieron en entrega de video de modelaje de conducta con estrategias para resolver problemas y realizar actividades placenteras y llamadas telefónicas durante ocho semanas; visita y compañía en el hogar y terapia de grupo sobre el manejo de la ansiedad y educación relacionada con la EA y

seguridad en el hogar cada dos semanas por un año; entrenamiento de habilidades y estrategias cognitivo conductuales para enfrentar sentimientos y emociones negativas y solución de problemas relacionados con el cuidado por dos horas durante ocho semanas; manejo de habilidades cognitivo conductuales utilizando técnicas de relajación y formas asertivas de hacer frente a pensamientos disfuncionales que preceden a la frustración, y técnicas de automonitoreo para identificar actividades placenteras para controlar el estado de ánimo, dos horas durante ocho semanas; desarrollo de habilidades de afrontamiento y grupo de apoyo por dos horas durante 10 semanas; seis sesiones educativas, cuatro meses en un grupo de apoyo y consultoría en situaciones críticas del cuidado.

Actitud hacia el Cuidado

Las investigaciones cuantitativas y cualitativas revisadas sobre actitudes muestran que diversos investigadores (Cohen et al., 2002; Farran Keane-Hagerty, Salloway, Kupferer & Wilken, 1991; Henderson & Gutiérrez-Mayka, 1992; Karasawa, Hatta, Gushinken & Hasegawa, 2003; Villarreal, Champion, & Salazar, 2006), han encontrado actitudes positivas y negativas en los cuidadores mismas que se relacionan con aspectos que ponen en riesgo la salud del cuidador como carga, depresión, aislamiento social y ansiedad.

Cohen et al. (2002), estudiaron a 289 cuidadores (198 mujeres) con el propósito de identificar aspectos positivos del cuidado y examinar cómo estaban relacionados con la depresión, carga y salud percibida. El 73% de los cuidadores identificó al menos un aspecto positivo de cuidar y un 6.9% adicional más de uno. Así, ellos mencionaron más frecuentemente el compañerismo (22.5%) y la satisfacción/recompensa (21.8%). Los resultados del análisis de regresión por pasos, indicaron que mayor número de aspectos positivos hacia el cuidado se relacionó con bajos niveles de depresión, menos carga y más altos niveles de salud reportada por los cuidadores ($p < .01$).

En un estudio longitudinal en el que participaron 94 cuidadores familiares (32 esposas y 23 hijas) contestaron diversas preguntas cualitativas y cuantitativas acerca del cuidado. Farran et al. (1991), encontraron que las formas en que los cuidadores construían opciones personales positivas acerca de la vida y del cuidado fue principalmente, seleccionar una actitud positiva (50%); encontrar un sentido paradójico de su situación (21%) y utilizar su sentido del humor (11%). El 90% de los cuidadores indicó uno o varios aspectos positivos de su experiencia de cuidar como disfrutar el amor de su familiar enfermo y las buenas relaciones con él, la familia y los amigos; observar la respuesta favorable de su familiar enfermo y sentirse seguro del buen cuidado que le otorgaban. También los hallazgos muestran que los cuidadores con altos niveles de carga y aquellos que realizaban más esfuerzos para manejar los problemas de conducta de su familiar enfermo, reportaron ser los que menos elecciones personales establecían acerca de la vida y del cuidado ($r = -.33; p < .001; r = -.21; p < .05$).

Los investigadores concluyen que los cuidadores valoran los aspectos positivos de la experiencia de cuidar; pueden asumir actitudes positivas y utilizar su sentido del humor, aspectos que pueden ser considerados en el diseño de intervenciones. Asimismo, que puede haber una relación inversa entre la construcción de elecciones personales positivas de la vida y del cuidado, el estado de salud del receptor del cuidado y la carga del cuidador.

En una investigación cualitativa en la que participaron 37 cuidadores hispanos y sus familiares con la EA (Henderson et al., 1992), reportaron que, la creencia de que la demencia es una enfermedad mental, en vez de física, resulta en un incremento en el disimulo de la enfermedad y aislamiento social para los cuidadores. El estigma social asociado con la EA y otras formas de demencia comúnmente complican la actitud de búsqueda de ayuda en esta cultura; los comportamientos inusuales, como vagar y/o alucinar, pueden ser embarazosos y avergonzar a la familia, porque se piensa que se comparte el estigma de la “locura”.

Karasawa et al. (2003), estudiaron 454 familiares cuidadores japoneses (344 mujeres). Los participantes realizaron evaluaciones subjetivas de su situación como cuidadores y niveles de depresión. Los resultados del análisis de regresión revelaron que la carga física, las actitudes negativas de los receptores del cuidado, actitudes negativas de los miembros de la familia para apoyar en el cuidado y la carga económica incrementaron significativamente los reportes de depresión ($\beta = 0.27, 0.26, 0.22$ y 0.14 ; $t = 5.7, 5.4, 4.5$ y 2.9 ; $p < .005$, respectivamente).

Con el propósito de entender el contexto, la experiencia creencias, conductas y sentimientos de cuidadoras principales de un familiar con la EA, fue realizado un estudio cualitativo preliminar en el área metropolitana de la ciudad de Monterrey en el cual participaron ocho cuidadoras principales (Villarreal, Champion & Salazar, 2004). Se utilizó el método etnográfico de historia de vida (Spradly, 1979). Se encontró que ser cuidador principal de un familiar con EA significa un cambio de vida percibido como carga, responsabilidad y una cruz. Aceptación, amor y satisfacción son reportados como aspectos positivos de cuidar en tanto que soledad, tristeza y ansiedad como aspectos negativos. Reportaron que las estrategias que utilizan y les ayudan en su experiencia cotidiana de cuidar son la espiritualidad y diversión como ver programas cómicos o telenovelas, bailar, divertirse fuera de casa, ya que son actividades placenteras que les permiten relajarse y sentirse bien. Además, señalaron que requirieron servicios profesionales de enfermería, apoyo psicológico y descanso.

Los resultados del estudio apoyan el planteamiento de esta propuesta, sustentada en el conocimiento de las creencias culturales acerca del significado que las cuidadoras atribuyen a su experiencia cotidiana de cuidar a su familiar enfermo en el hogar, elemento esencial. Se encontró que ser cuidador principal de un familiar con la EA significa un para desarrollar intervenciones culturalmente apropiadas y efectivas.

La investigación sobre actitudes de los cuidadores muestra que las valoraciones positivas o negativas que llevan a cabo con relación a su experiencia de cuidar, pueden

afectar los resultados de su salud y la actividad del cuidado. Adicionalmente, que los sentimientos positivos como la satisfacción del cuidador pueden ser considerados en intervenciones terapéuticas para ayudar a los cuidadores a enfocarse en los aspectos positivos de su rol como cuidadores. También que utilizan su sentido del humor y hacen uso del humor en actividades placenteras que les permiten construir opciones positivas, relajarse y sentirse bien en su experiencia de cuidar.

Ansiedad

Diversos meta-análisis y revisiones integrativas cuya evidencia ha sido reportada con un intervalo de confianza de 95%, han señalado el impacto de la EA de un familiar en la salud del cuidador, entre ellos la ansiedad. También la importancia de variables sociodemográficas como edad, género, parentesco; tiempo de ser cuidador, nivel de educación, e ingresos y apoyo social (Acton & Kang, 2001; Aranda & Knight, 1997; Crocker, 2002; Pinguart & Sörensen, 2005; Yin et al., 2002).

La edad promedio de los cuidadores de adultos mayores con la EA es de 60 años; el 83% de ellos vive en la misma casa que los receptores del cuidado (Yin et al., 2002). Las mujeres independientemente de ser las esposas, parientes o nueras de un familiar con la EA reportan más altos niveles de ansiedad /depresión que los hombres ($\beta = 0.30, 0.17$ y 0.26 ; $t = 6.04, 2.63$, y 4.5 respectivamente; $p < .01$). Las mujeres que perciben bajo apoyo social presentan mayores niveles de ansiedad ($r = -.28$; $p < .001$) (Lieberman & Fisher, 1995). En tanto que, ser cuidador más joven, tener menor educación y que el familiar con la EA presente más problemas de conducta, predice altos niveles de ansiedad ($F(3,75) = 4.74$; $p < .005$) (Chang et al., 2001).

En resumen, las mujeres principalmente las esposas cuidadoras de personas con la EA presentan más altos niveles de ansiedad. Variables sociodemográficas como edad, nivel de educación y severidad de la enfermedad así como el apoyo social son predictores de la ansiedad.

Humor

La literatura revisada sobre el humor muestra la relación entre el humor y varios aspectos de la salud psicosocial y física en estudios descriptivos correlacionales y experimentales. Principalmente la relación del uso del humor con el bienestar (Buffum & Brod, 1998), afrontamiento, optimismo, ajuste emocional (Carver et al., 1993), cambio de perspectiva, afecto positivo (Kuiper, McKenzie & Belanger, 1995; Martin, Kuiper, Olinger & Dance, 1993), rol social, autoconcepto (Martin et al.). También los resultados de estudios experimentales y su efecto en la reducción de la ansiedad y depresión (Moran, 1996), sistema inmunológico (Berk et al., 1989; Berk et al., 2001), y estado emocional (Soussignan, 2002).

Buffum y Brod (1998), estudiaron el uso del humor en una muestra por conveniencia de 96 adultos mayores (53 mujeres), cónyuges de personas con la EA; reportaron que se relacionó con el bienestar ($r = .53$; $p < .001$) y negativamente con la severidad de la EA ($r = -.26$; $p < .05$). Al controlar el nivel de ingresos, severidad de la enfermedad y educación, el uso del humor explicó el 18.2% de la varianza en el bienestar de los cuidadores ($p < .001$). Encontraron también diferencias en el uso del humor entre los cuidadores de acuerdo a los niveles de severidad de la EA de sus familiares ($F_{(2, 91)} = 3.59$; $p = .03$); en el grupo clasificado como nivel de severidad media se obtuvieron las más altas medias de humor ($x = 63.5$) y fue significativamente más alto que el grupo de mayor severidad ($x = 54.9$; $p < .05$).

Carver et al. (1993), investigaron el efecto del humor como mecanismo de afrontamiento en una muestra de mujeres ($n = 59$) al someterse a una operación quirúrgica en una etapa temprana de desarrollo de cáncer de pecho. Se encontró que en cuatro de las cinco mediciones, pre-cirugía, post-cirugía, a los 3, 6 y 12 meses siguientes, el uso del humor y el optimismo estuvieron positivamente relacionados, siendo significativas hasta los seis meses ($r = .40, .48, .38, .42$ respectivamente;

$p < .01$). El humor fue asociado con menos sufrimiento en respuesta al cáncer de pecho post-cirugía y a los 6 meses siguientes ($r = -.34, -.41$ respectivamente; $p < .01$). Se encontró también que el uso del humor resultó ser un predictor del ajuste emocional ($\beta = -.26$); explicó el 20% de la varianza.

Kuiper et al. (1995), en una muestra de 81 participantes (52 mujeres) encontraron que los individuos con mayor sentido del humor reportaron que realizaban más frecuentemente cambio de perspectiva de eventos estresantes ($r = .22$; $p < .05$). En otra muestra de 81 sujetos (52 mujeres) los participantes con más altos niveles de humor valoraron más positivamente eventos estresantes ($r = .34$; $p < .01$) considerándolos como retadores ($r = .30$; $p < .01$); se esforzaron más para hacerles frente ($r = .29$; $p < .01$) y mostraron mayor afecto positivo ($r = .39$; $p < .001$).

Martin et al. (1993), en una muestra de 44 mujeres observaron que las personas con gran sentido del humor valoraron ($r = .31$; $p < .025$) y afrontaron ($r = .29$; $p < .025$) un evento estresante de una forma que enmarca el evento como más positivo y retador en lugar de amenazante. En otra muestra de 39 participantes (29 mujeres) completaron cuatro mediciones del sentido del humor, una evaluación del grado de satisfacción del rol social y una escala de afecto con puntajes de estados de ánimo placentero y no placentero. Se encontró que los niveles elevados de humor estaban asociados con mayor afecto positivo tanto en eventos positivos como negativos (rango de correlación .30 a .41; $p < .05$) y que los individuos con escaso humor, estuvieron menos satisfechos con sus roles sociales encontrándolos menos placenteros (rango de la correlación de .29 a .35; $p < .05$). En otro estudio midieron el autoconcepto de 100 personas (62 mujeres) con una escala de actitudes disfuncionales y relacionaron sus respuestas con cuatro diferentes autoreportes de humor encontrando una relación negativa (el rango de correlación fue de $-.21$ a $-.36$; $p < .025$) lo que mostró que individuos con un gran sentido del humor al autovalorarse fueron más realistas y flexibles que los individuos con bajo sentido del humor.

Con el propósito de probar la hipótesis de que el humor tiene un efecto diferencial en la ansiedad y depresión, Moran (1996), diseñó un experimento de un solo grupo con 66 participantes, cuatro mediciones repetidas y dos variables dependientes: ansiedad y depresión. Las personas vieron tres videos con temas diferentes: humor, esperanza y dolor. La duración de cada video fue de cuatro minutos; 35 participantes también contestaron dos cuestionarios de humor. Los resultados indican que hubo un efecto significativo en las medias de los puntajes de ansiedad ($F_{(3, 63)} = 23.98; p = .001$), las cuales bajaron después de ver el video cómico (de 7.17 a 5.17) y subieron después de ver el video de dolor (de 7.17 a 8.39). En la depresión también se observó efecto ($F_{(3, 63)} = 34.47; p = .001$), las medias igualmente bajaron después de ver el video cómico (de 6.27 a 5.56) y subieron después de ver el video de dolor (de 6.27 a 9.83). La reducción del estado de depresión estuvo dada en función de los puntajes de depresión iniciales de los participantes ($r = .60; p < .001$) y de qué tan gracioso era percibido el video humorístico ($r = .50; p < .001$).

Berk et al. (1989), en estudio considerado como clásico dado que la literatura relacionada siempre lo refiere, asignaron en forma aleatoria a cinco personas para ver una video cómico de 60 minutos y otros cinco integraron el grupo control permaneciendo en un salón aislado durante ese mismo tiempo. Fueron tomadas muestras de sangre a los participantes antes, durante y después de la exposición al estímulo humorístico. Los resultados muestran un efecto significativo en el grupo experimental al reducirse las medición de cortisol ($F_{(1, 8)} = 10.71; p = .011$), dopac ($F_{(1, 8)} = 7.59; p = .025$) y epinefrina ($F_{(1, 8)} = 9.03; p = .017$).

En un trabajo posterior Berk et al. (2002), reportaron una serie de cinco estudios separados basados en un diseño de mediciones repetidas múltiples en el que participaron 52 personas; 40 fueron seleccionadas para formar parte de cuatro estudios; en el quinto estudio, participaron seis personas y seis más integraron el grupo control. La intervención fue similar a la anterior; los participantes vieron durante una hora un video

cómico y fueron tomadas muestras de sangre 10 minutos antes, durante, 30 minutos después y 12 horas después de la intervención. Se observaron importantes efectos del tratamiento en el período de recuperación; 12 horas posteriores a la intervención. Así, en uno de los grupos se observó incremento en la actividad de las células Natural Killer (NK; $p < .05$). En otro estudio, dónde se midieron los niveles de Inmunoglobina G, A, M (IgG, IgA, IgM) y complemento C3 se encontró incremento en IgG ($p < .01$) e IgA ($p < .001$). El incremento en IgM sólo se observó en la medición que se realizó 30 minutos después de haber iniciado el estímulo humorístico ($p < .05$). El complemento C3 no mostró una tendencia lineal en el tiempo como las mediciones de Inmunoglobina; no obstante, a los 90 minutos y 12 horas si hubo incremento al contrastar los resultados con las mediciones base ($p < .01$). En el tercer estudio se observó la activación de marcadores funcionales fenotípicos para leucocitos como las células T ($p < .01$) y células T helper ($p < .02$). En tanto que en el cuarto estudio, se observó el incremento de los niveles de Interferón- γ (IFN- γ ; $p < .001$) y en el último estudio el incremento en el total de leucocitos ($p < .05$).

La risa, como una expresión facial y su relación con las emociones fue estudiada por Soussignan (2002). En su estudio participaron 96 mujeres quienes fueron asignadas aleatoriamente a cuatro condiciones; cada condición implicaba diferentes gesticulaciones faciales y una de ellas era la sonrisa de Duchenne la cuál involucra la acción conjunta de los músculos faciales cigomático mayor y orbicular ocular. Los participantes quienes realizaron esta sonrisa reportaron experiencias más positivas ante un estímulo cómico y placentero comparados con los que no la realizaron ($p < .05$).

Las investigaciones referentes al humor proveen evidencia empírica del impacto que este tiene en el bienestar de las personas; está positivamente asociado al optimismo, tiene un efecto benéfico al jugar un papel importante en el ajuste emocional al reducir los niveles de ansiedad y depresión. Un mayor sentido del humor permite a las personas ver eventos potencialmente estresantes en forma más positiva y retadora en lugar de

enfocarse en los aspectos negativos; utilizar el distanciamiento emocional y elaborar apreciaciones de eventos potencialmente estresantes en forma más apegada a la realidad.

A nivel inmunológico, la evidencia empírica indica que los niveles de las hormonas del estrés y neuroendocrinas son modificados o atenuados con la risa lo que implica que la risa puede tener un rol benéfico en la reducción del estrés. Cierta tipo de risa como la llamada sonrisa de Duchenne esta asociada a emociones positivas.

Apoyo Social

La literatura revisada referente al apoyo social incluye investigación descriptivo correlacional y cualitativa. Se identifica principalmente la relación del apoyo social con la depresión, satisfacción (Chang et al., 2001), y variables sociodemográficas (Matud et al., 2002). Se estudió también la importancia de los amigos (Lilly, Richards & Buckwalter, 2003), y las opiniones que la red social tiene de la EA (Schneider, Murraray, Banerjee & Mann, 1999).

Chang et al. (2001), en un estudio correlacional descriptivo en el que participaron 81 díadas, receptor del cuidado/cuidador principal de familiares con la EA, (75 mujeres) encontraron que la dificultad para obtener ayuda estaba relacionada con depresión ($r = .34; p = .002$), carga ($r = .38; p < .001$) y satisfacción ($r = -.28; p = .013$); en cambio el número de contactos con la red social sólo se relacionó con la satisfacción ($r = .23; p = .035$). Los investigadores también encontraron que las dificultades para obtener ayuda así como el número de años de ser cuidador predecían elevados niveles de depresión ($F_{(2,77)} = 7.40; p < .001$). En el análisis de los factores que contribuían al apoyo social encontraron que los cuidadores casados presentaban menores dificultades para obtener ayuda ($r = -.30; p = .009$) en tanto que aquellos que tenían que cubrir más roles, presentaban más dificultad ($r = .26; p = .024$).

Lilly et al. (2003), exploraron la función de los amigos en el ambiente social de los cuidadores en forma cualitativa en 176 cuidadores de personas con demencia. En

este estudio se identificó que los amigos fueron referidos por los cuidadores (66%) como proveedores de apoyo emocional o integración social.

Schneider et al. (1999), preguntaron a 208 cuidadores esposos de personas con la EA. de 14 países de Europa y de Estados Unidos qué opinaban sus vecinos familia o amigos respecto a la enfermedad de su cónyuge. Dos de las reacciones que los cuidadores reportan recibir más frecuentemente fueron simpatía (35%) y aceptación (31%). Sin embargo, 22% dijo sentir que la gente los rechaza o prefiere no tener contacto con ellos; 9% indicó que las personas muestran miedo y 2% que se reían de ellos.

Matud et al. (2002), en 1,256 mujeres españolas, encontraron que las mujeres con menor nivel de estudios, más edad y mayor número de hijos, son las que perciben menor apoyo social ($r = .20, .14, .14; p < .001$, respectivamente). Las medias obtenidas en bajo apoyo social indicaron que las mujeres divorciadas, separadas o viudas son las que menor apoyo social tienen ($x = 3.4$), seguidas de las casadas ($x = 3.1$), y las solteras son las que declaran mayor apoyo social ($x = 2.9; p < .05$).

En conclusión, la investigación indica que los cuidadores que establecen más contactos con su red social y reciben más ayuda se muestran más satisfechos; los que tienen más dificultad para obtener ayuda y más años de ser cuidadores presentan mayores niveles de depresión. El rol de cuidador y las actividades que realiza pueden estar afectadas por las percepciones que tienen los vecinos, familia y amigos respecto a la enfermedad del familiar. Los factores sociodemográficos como género, edad, nivel de escolaridad, número de hijos y estado civil están relacionados con las percepciones del apoyo social recibido. El apoyo social es una variable que debe ser considerada en el diseño de intervenciones para cuidadores con la EA por el efecto que este tiene en los resultados de salud.

Síntesis

Las investigaciones muestran que las intervenciones psicoeducativas de índole cognitivo-conductual pueden beneficiar a los cuidadores para que logren la adaptación positiva. Se ha demostrado que los cuidadores pueden asumir actitudes positivas y hacer uso del humor. El uso del humor beneficia el bienestar de las personas al reducir la ansiedad, depresión, propiciar el cambio de perspectiva y afecto positivo. También los resultados de salud se ven influenciados por variables sociodemográficas y apoyo social, aspectos que deben ser considerados en el diseño de una intervención para cuidadores.

De acuerdo al RAM, para promover la adaptación positiva, enfermería puede intervenir modificando los estímulos o fortaleciendo los modos adaptativos. Por lo tanto se consideró que un programa psicoeducativo posee el potencial de constituirse en el estímulo que busque la adaptación del cuidador al afectar el proceso cognoscitivo mediante la enseñanza de estrategias para que los cuidadores realicen actividades placenteras en las que el humor este presente y cambien sus pensamientos disfuncionales así como proveer oportunidades estructuradas para practicar el uso de su sentido del humor buscando resultados favorables a través del incremento de actitudes positivas hacia el cuidado, la reducción de la ansiedad y la adaptación general del cuidador reflejada en el uso saludable del humor.

Ante lo anteriormente expuesto, esta investigación probó una intervención psicoeducativa en familiares cuidadoras de personas con la EA cuyos objetivos fueron:

1. Evaluar el efecto de un programa psicoeducativo en la actitud hacia el cuidado, ansiedad, y uso saludable del humor bajos tres condiciones: a) con el programa total, integrado por los componentes cognitivo conductual y ejercicios de risa; b) únicamente con el componente cognitivo conductual; c) sólo el componente de ejercicios de risa, en comparación a un grupo control.
2. Valorar el efecto de las variables sociodemográficas y el apoyo social percibido en la participación de los cuidadores al programa psicoeducativo y en la variable

resultado humor.

Definición de Términos

Actitud hacia el cuidado. Este término se refiere a las creencias y valoraciones positivas y negativas de los cuidadores hacia sí mismos y a la atención que brindan a su familiar con la EA.

Ansiedad. La ansiedad se refiere a un estado emocional que se caracteriza por sentimientos de tensión, incertidumbre y de aprehensión percibidos.

Humor. El humor se definió como la frecuencia actual para mostrar un estado de regocijo, alegría, reducción del mal humor y utilizar estilos de humor benéficos como: a) el humor afiliativo, definido como una tendencia a bromear con otros, decir cosas graciosas, contar historias divertidas, reír con otros y entretener a otros; b) el humor incrementador del ser, definido como una visión general humorística de la vida y el uso del humor en la regulación de la emoción y afrontamiento; c) alegría, definido como estado de buen humor y felicidad; d) mal humor, definido como estado de humor en el que se experimenta tristeza, melancolía o enojo.

Apoyo Social. Valor que el cuidador asigna a la disponibilidad de contar con personas capaces de ofrecer ayuda y consejo ante las dificultades personales y familiares, domésticas, financieras de trabajo y de salud; así como para comunicarse empáticamente con otras personas y recibir de ellas amor, afecto, visitas e invitaciones para distraerse.

Variables Sociodemográficas. Las variables sociodemográficas representan condiciones contextuales y personales del cuidador presentes en la situación del cuidado. Se incluyeron la edad del cuidador, parentesco, tiempo de ser cuidador, nivel de educación, ingreso mensual familiar, etapa de la enfermedad. La estructura conceptual-teórica-empírica de los conceptos seleccionados se presenta en el anexo A.

Hipótesis

1. Los participantes al programa psicoeducativo total, integrado por los componentes cognitivo conductual y ejercicios de risa, mostrarán resultados más positivos al: a) mejorar la actitud hacia el cuidado; b) reducir la ansiedad; c) incrementar el uso saludable del humor que los participantes de los otros grupos.
2. Los participantes al programa psicoeducativo con el componente cognitivo conductual mostrarán resultados más positivos al: a) mejorar la actitud hacia el cuidado; b) reducir la ansiedad; c) incrementar el uso saludable del humor que los participantes al programa con el componente de ejercicios de risa.
3. En los grupos de intervención con el componente cognitivo-conductual, el efecto de la participación al programa psicoeducativo sobre el incremento del uso saludable del humor es mediado por la mejora en la actitud hacia el cuidado y reducción de la ansiedad.
4. En los grupos de intervención con el componente cognitivo-conductual las variables sociodemográficas y el apoyo social percibido afectan la participación de las cuidadores al programa psicoeducativo.
5. En los grupos de intervención, con el componente cognitivo-conductual las variables sociodemográficas y el apoyo social percibido afectan directamente la variable resultado humor.
6. En los grupos de intervención con el componente cognitivo-conductual, las variables sociodemográficas y el apoyo social afectan indirectamente la variable resultado humor a través de la participación, actitud y ansiedad.

Capítulo II

Metodología

Este capítulo detalla la metodología para conducir el estudio. Incluye el diseño, población, muestreo y muestra, tratamiento, entrenamiento de los asistentes de investigación, minimización de amenazas, criterios de inclusión y exclusión, proceso de reclutamiento, lugar de la intervención, así como las consideraciones éticas que guiaron este estudio. También se presentan los instrumentos de medición, el plan de recolección y análisis de datos.

Diseño

Se propuso un diseño cuasi-experimental con cuatro grupos; tres experimentales y un control. Se utilizó el diseño de mediciones repetidas con estructura factorial 2 X 2 entre sujetos (Lyman, 1988; Neter, Kutner, Nachtsheim & Wasserman, 1996). Los datos fueron recolectados al inicio (T1), a la cuarta semana (T2), al concluir la intervención (T3) y cuatro semanas posteriores (T4) (ver Tabla 1).

Tabla 1

Diseño cuasi-experimental con cuatro grupos y cuatro mediciones con estructura factorial 2X2 entre sujetos

Grupo y	Medición base	Semana 4		Semana 8		Semana 12
Componente	T1		T2		T3	T4
1 (ab)	O1	X ₁	O2	X ₁	O3	O4
2 (a)	O1	X ₂	O2	X ₂	O3	O4
3 (b)	O1	X ₃	O2	X ₃	O3	O4
4 (1)	O1	Y	O2	Y	O3	O4

X= Tratamiento de intervención; Y= Tratamiento control

El grupo uno tomó el programa psicoeducativo total (ab) con dos componentes: cognitivo-conductual y ejercicios de risa; el grupo dos recibió el componente cognitivo-conductual (a); el grupo tres el tratamiento de ejercicios de risa (b); el grupo cuatro, grupo control, recibió información sobre prevención de accidentes en el hogar (1)

Población, Muestreo y Muestra

La población la constituyeron mujeres de 40 años o más, cuidadoras de un familiar con EA que viven en el área metropolitana de la ciudad de Monterrey, N. L. y Saltillo, Coahuila. Se propuso esta población ya que la investigación indica que la edad promedio de los cuidadores es de 60 años; las mujeres independientemente de ser las esposas, hijas o nueras son las que otorgan la mayor parte del cuidado y reportan más altos niveles de ansiedad y depresión que los hombres; adicionalmente, las esposas cuidadoras reportan carga subjetiva, sentimientos de enojo-hostilidad y menos niveles de satisfacción y participación en actividades sociales que los hombres cónyuges (Lieberman & Fisher, 1995; Matud et al., 2002; Thompson et al., 2004; Yin et al., 2002).

Los participantes fueron asignados en forma aleatoria a los grupos de intervención y al grupo control. El tamaño de muestra fue de 46 ($G_1; n_1 = 12$; $G_2; n_2 = 10$; $G_3; n_3 = 11$; $G_4; n_4 = 13$). El cálculo del tamaño de muestra se determinó considerando el análisis estadístico ANOVA para el factorial 2 X 2 de mediciones repetidas con cuatro niveles, nivel de 95% de confianza, potencia de .90 para la interacción tiempo por grupo y tamaño de efecto grande (Lipsey, 1990). El tamaño de la muestra fue determinado por medio del paquete nQuery Advisor 4.0 (Elashoff, 2000).

Tratamiento

La investigación incluyó cuatro tratamientos de diseño factorial 2 X 2, entre sujetos. El tratamiento X1 comprendió los componentes cognitivo conductual y ejercicios de risa (ab). El tratamiento X2 comprendió el componente cognitivo

conductual (a); el tratamiento X3 comprendió el componente ejercicio de risa solamente (b). El tratamiento Y o grupo control comprendió reuniones semanales de una hora de duración en las que se les ofreció información referente a la prevención de accidentes en el hogar (1).

Todos los tratamientos se desarrollaron por espacio de ocho semanas. El componente cognitivo conductual fue conducido por enfermeras expertas en educación e investigación con nivel de maestría previamente entrenadas. En la primera sesión en la que se abordaron aspectos positivos y negativos del cuidado se contó con el apoyo de un psicólogo profesional. El componente de ejercicios de risa del programa fue conducido por un instructor experto en humor terapéutico.

Durante la entrega de la intervención se contó con dos asistentes de investigación que realizaron la función de observadores. Los asistentes registraron el cumplimiento de los contenidos y dinámicas en cada sesión así como la asistencia y cumplimiento de las tareas encargadas.

El primer tratamiento (X1) llamado programa psicoeducativo total es un programa con duración de ocho semanas, con sesiones semanales de 120 minutos. El componente cognitivo conductual tuvo una duración de 90 minutos por sesión.

Los objetivos generales fueron: 1) que las cuidadoras desarrollaran habilidades para que incrementen actividades placenteras en donde el humor este presente y 2) habilidades para cambiar pensamientos disfuncionales o negativos por pensamientos más útiles y positivos que permitan mejorar el estado de ánimo. Las estrategias didácticas comprenden mini exposiciones y mini lecturas, mesas redondas, lluvia de ideas, discusión grupal, juego, apreciación de videos cómicos y tareas semanales recomendadas en cada sesión.

Para el primer objetivo, las sesiones se centraron en: a) la identificación del estado de ánimo propio frente a eventos placenteros; desarrollar técnicas de auto

monitoreo para medir ambos factores y el desarrollo de listas individualizadas de este tipo de actividades placenteras cotidianas; b) identificación de barreras para no llevar a cabo las actividades que les producen placer para reflexionar y discutir soluciones o alternativas; c) identificación de formas para mantenerse involucrado en actividades humorísticas positivas en el futuro a pesar de las presiones y demandas de su situación como cuidadores.

Para el segundo objetivo, las sesiones se centraron: a) en el desarrollo de habilidades para cambiar pensamientos negativos por pensamientos más útiles y positivos a través de la identificación y relación de situaciones frustrantes generadoras de pensamientos negativos y los sentimientos no adaptativos que las acompañan; b) discusión o identificación de aspectos positivos de cualquier índole para ayudar a substituir los pensamientos negativos con pensamientos que permitan mejorar el estado de ánimo; c) sugerir formas o estrategias para enfrentar en el futuro los pensamientos negativos que afecten su estado de ánimo y habilidades aprendidas que puedan ayudarles ante esas situaciones.

Los temas desarrollados fueron: a) aspectos positivos de cuidar; b) el humor y el bienestar del cuidador; c) estado de ánimo y apreciación de una actividad placentera en donde el humor este presente; d) actividades o eventos placenteros: apreciación y barreras; e) programa de actividades placenteras; f) modelo de situación-pensamiento-sentimiento; g) cambiando sus pensamientos; h) juntándolo todo: repaso y conclusión.

El segundo componente llamado ejercicios de risa (b) con duración de 30 minutos en cada una de las ocho sesiones, tuvo por objetivo proveer ejercicios prácticos para activar los músculos faciales mediante la risa y la sonrisa (Ekman, 1993; Ekman & Friesen, 1969; Levenson & Ekman, 2002). Este componente incluye ejercicios de respiración profunda, de relajación muscular y ejercitación de la risa. Fue hipotetizado que estas actividades facilitarían la habilidad de regular emociones negativas como

aquellas que son frecuentemente reportadas por los cuidadores, ayudando a mantener una perspectiva humorística aun cuando enfrenten una situación adversa (Martin, 2001), y a ser beneficiados por los efectos relajantes de la risa (Fry, 1992; 1994).

Los componentes se describen en el protocolo diseñado para este fin por el investigador principal y la asesoría de expertos con base al manual de Solano, Cárdenas, Day y Gallagher-Thompson (2002), y permiso de la doctora Gallagher-Thompson. La asistencia y realización de las actividades y tareas propuestas en el protocolo fungió como medición de la participación al programa psicoeducativo.

Formación de Equipos y Entrenamiento de los Asistentes de Investigación

Para la implementación del Programa Psicoeducativo para Familiares Cuidadores de Personas con la EA fueron integrados tres equipos: a) equipo facilitador, responsable de hacer la entrega de cada uno de los tratamientos a las cuidadoras participantes; b) equipo de recolección de datos encargado de la aplicación de los cuestionarios a las cuidadoras participantes en el estudio en cuatro ocasiones diferentes; c) equipo de investigación integrado por el investigador principal y director de tesis responsables de supervisar el proyecto completo.

Las facilitadoras responsables del componente cognitivo-conductual, fueron entrenadas durante dos semanas para asegurar la comprensión y adherencia al protocolo para lo cual se elaboró un manual para el facilitador en el que se especifican los roles y actividades a realizar. Se les explicó y entregó todo el material (manuales para las participantes, videocintas, canciones, formatos de seguimiento del protocolo). También, cada facilitadora demostró el desarrollo de las sesiones al investigador principal. Durante el desarrollo de la intervención la semana previa a cada sesión tres facilitadoras ensayaron el desarrollo de los contenidos, tiempo de ejecución y seguimiento de actividades hasta que a juicio del investigador principal lograron el dominio de la conducción de la sesión. Todas estas previsiones tuvieron el fin de anticipar

contingencias.

Minimización de Amenazas

Con el fin de minimizar amenazas que afectaran la validez externa e interna de la investigación como el efecto del experimentador, el efecto “Hawthorne” y la mortalidad, el investigador se limitó a proporcionar las orientaciones generales a los participantes de cada tratamiento, entrenar a las facilitadoras y supervisar el desarrollo y apego al protocolo de cada uno de los tratamientos. Para mantener la igualdad de los grupos durante la ejecución del estudio, las cuidadoras participantes de cada grupo y facilitadoras desconocieron qué tratamiento se estuvo administrando a cada grupo (doble ciego). También se les ofreció transportación gratuita al lugar en donde fue realizada la intervención ya que la falta de transporte ha sido reportada como uno de las principales factores que dificultan la retención de cuidadores participantes a las intervenciones (Burns & Grove, 2001; Gallagher-Thompson, Solano et al., 2003; Letelier, Manríquez & Claro, 2004).

Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión para las cuidadoras fueron: (a) vivir con el familiar con la EA; (b) se identificaran como cuidadoras principales; c) tener 40 años o más. En tanto que los criterios de exclusión fueron: (a) mostrar la presencia de más de cinco síntomas de depresión; valorado a través de la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D \geq 16; Radloff, 1977; Reyes-Ortega et al., 2003); (b) exhibir evidencia de impedimento cognitivo severo indicado por puntajes menores a 23 en el Mini-Mental State (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Ostrosky-Solís, López-Arango & Ardila, 2000); (c) estar en ese momento en tratamiento con medicamentos psicotrópicos (d) estar participando en otro estudio para cuidadores.

Proceso de Reclutamiento

Fueron utilizados los registros de la Asociación Alzheimer de Monterrey, A. C. y de geriatras de la ciudad de Monterrey y su área metropolitana. Se elaboraron carteles y folletos que fueron distribuidos por funcionarios del DIF, N. L. a los responsables de las instalaciones en las que operan programas de apoyo al adulto mayor en el estado.

En la ciudad de Saltillo, se solicitó la ayuda de los dirigentes del grupo de apoyo de cuidadores de personas con la EA quienes acudieron a diversos medios de comunicación para hacer la invitación a la comunidad de esa ciudad y distribuyeron carteles en clínicas, farmacias y centros comerciales. Una vez reclutadas las primeras participantes, fue implementada la técnica de bola de nieve para reforzar la promoción del reclutamiento.

Lugar de la Intervención

La implementación del programa psicoeducativo y la recolección de datos fue realizada en una aula del Hospital San José de la ciudad de Monterrey y en la sede de investigación de la Escuela de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila en Saltillo, Coahuila. Estos espacios cuentan con las condiciones físicas adecuadas como iluminación, ventilación, amplitud, privacidad y libre de ruidos exteriores que facilitaron la entrega de la intervención.

Consideraciones Éticas

Los aspectos éticos fueron cuidados rigurosamente conforme lo marca el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987). En todo momento se veló por la protección y el bienestar de las participantes como lo señala el artículo 14, fracción VII; para lo que el estudio contó con la aprobación de las comisiones de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Este estudio fue de riesgo

mínimo ya que los participantes se sometieron a una intervención pero los procedimientos son comunes de acuerdo al artículo 17, fracción II.

Basándose en el Artículo 14, fracción V; todas las participantes firmaron el consentimiento informado (apéndice B) antes de iniciar el programa de intervención. Dicho consentimiento proporcionó información sobre las generalidades del estudio, incluyendo el propósito de la investigación y los beneficios y riesgos de participar en el estudio (artículo 21, fracciones I, II, III, IV, V, VI y VII) el derecho de dejar de participar si así lo consideran pertinente sin repercusión alguna y los números de teléfono donde podía ser contactado el investigador principal y autoridades de la Facultad de Enfermería.

Con el propósito de dar cumplimiento al artículo 16, en todo momento se protegió la privacidad e individualidad de las participantes mediante manejo confidencial de la información para lo cual se aseguró que el proceso de colección de datos fuera realizado en un espacio reservado y restringido que favoreciera la discreción y privacidad de las cuidadoras participantes.

Procedimiento

Una vez obtenida la aprobación de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, el investigador inició el reclutamiento de participantes conforme el protocolo de estudio. Las mediciones iniciales fueron recolectadas después de obtener su consentimiento informado. Posteriormente, las cuidadoras participantes fueron instruidas sobre las fechas, tiempo y lugar donde se llevaría a cabo la entrega de la intervención.

Mediciones e Instrumentos

Variable de Exclusión. El impedimento de la función cognitiva del cuidador y la presencia de más de cinco síntomas de depresión fueron considerados criterios de

exclusión. En la valoración del estado cognitivo fue utilizado el Mini-Mental State Examination (Versión en español; MMSE - D). Este instrumento ha sido validado en población de habla hispana (Ostrosky-Solís et al., 2000); el alfa de Cronbach reportado oscila de 0.83 a 0.98. El rango de puntajes es de 0 a 30; un puntaje de 23 o menos indica impedimento cognitivo (Ostrosky-Solís et al.; apéndice C).

Los síntomas de depresión fueron medidos con la versión en español de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). El instrumento incluye 20 reactivos y es usado para evaluar sintomatología depresiva durante la semana anterior a su aplicación. Las opciones de respuesta van de 0 a 3, donde 0 significa nunca raramente (menos de 1 día); 1 algo, poco (entre 1 y 2 días); 2 ocasionalmente, una cantidad moderada de tiempo (entre 3 a 4 días); 3 la mayor parte del tiempo (5 a 7 días). El rango de puntaje oscila de 0 a 60 puntos. Los puntajes altos expresan mayor cantidad de síntomas depresivos; más de cinco síntomas de depresión implica puntajes ≥ 16 . El CES-D ha sido utilizado en estudios con adultos mayores latinos (González, Haan & Hinton, 2001). La consistencia interna para población general es de 0.86 (Radloff, 1977; apéndice D).

Variables Predictivas. Variables sociodemográficas: edad, parentesco, tiempo de ser cuidador, nivel de educación, ingreso familiar mensual; apoyo social; y participación al programa psicoeducativo fueron consideradas variables predictivas para las variables resultado. Las mediciones base de información socio-demográfica de los cuidadores fue registrada en una cédula de datos sociodemográficos (apéndice E) que incluyó: a) edad, expresada en años cumplidos del cuidador referidos por el mismo; b) parentesco, es el lazo afectivo y/o de sangre que une al cuidador con su familiar que tiene la EA y será el reportado por el cuidador; c) tiempo de ser cuidador, número de años que el cuidador ha sido el principal responsable del cuidado de su familiar con la EA y será reportado por el mismo; d) nivel de educación, expresado en número de años que el cuidador ha cursado en el sistema educativo formal y será reportado por el mismo; e) ingreso familiar

mensual; monto percibido por la familia cada mes, con el que el cuidador y su familia cuentan para hacer frente a sus necesidades, expresado en pesos y reportado por el cuidador; f) etapa de la enfermedad; el grado de desarrollo de la enfermedad percibida por el cuidador y reportada como primera, segunda o tercera etapa de la EA.

El apoyo social fue medido con el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 (Bellon-Saameno, Delgado-Sánchez, Luna-del-Castillo & Lardelli-Claret, 1996; apéndice F). Este instrumento consta de 11 reactivos que permiten conocer, junto al apoyo total percibido, dos dimensiones de apoyo social: confidencial y afectiva. La dimensión confidencial se refiere a las percepciones del grado en que la persona recibe información y consejos o permite compartir inquietudes; la dimensión afectiva a las demostraciones de cariño, estima y simpatía.

Este instrumento utiliza una escala tipo Likert, con puntuaciones que van desde 1= mucho menos de lo que deseo a 5= tanto como deseo; el puntaje puede oscilar entre 11 y 55 puntos. Se considera buen apoyo social a puntajes iguales o mayores a 33. El apoyo confidencial se valora a través de 6 reactivos y puntuación total máxima de 30. Se considera apoyo confidencial bueno si se obtiene un puntaje igual o mayor a 18 en este apartado. El apoyo afectivo se valora a través de 5 reactivos con puntuación total máxima de 25. Si se obtiene más de 18 puntos se considera buen apoyo afectivo. Los coeficientes de alfa de Cronbach reportados son de 0.91, 0.86 y 0.87 para la escala total; subescalas apoyo confidencial y apoyo efectivo respectivamente (Bellon-Saameno et al.).

Con relación a la participación al programa psicoeducativo, para que la intervención produzca beneficios, se anticipó que los participantes asistirían al 80% de las sesiones, participarían en las actividades y realizarían las tareas sugeridas; se desarrolló un formato especial para registrar el cumplimiento y realización de cada una de las actividades ejercicios y tareas. El componente cognitivo conductual de la intervención fue cubierto semanalmente y tuvo una duración de 90 minutos durante 8

semanas en las cuales las participantes estuvieron realizando diversas actividades que se explicitan en el protocolo. El componente de ejercicios de risa tuvo una duración de 30 minutos semanalmente durante las ocho sesiones. En cada sesión las participantes realizaban la ronda de ejercicios que se les enseñó en la primera sesión. Se llevó un registro del número de ejercicios y la frecuencia con que se realizaban en cada sesión. Además al inicio y al término de los ejercicios de risa las participantes llenaban un formato en el que registraron el grado de tensión percibida y que se explica en el protocolo.

Variables Resultado. Actitud hacia el cuidado, ansiedad, y uso saludable del humor son consideradas variables resultado. Fueron medidas con instrumentos de papel y lápiz.

La actitud hacia el cuidado fue medida con la escala Encontrando Significados a Través del Cuidado: Actitudes hacia el Cuidado (AC) (Farran et al., 1999), versión en español (Fernández-Capo, 2005; apéndice G). Fue desarrollada para medir los aspectos positivos y formas en los que los cuidadores encuentran significados a través de la experiencia de cuidar a un familiar con demencia. Este instrumento contiene 43 reactivos; la escala de respuesta es de tipo Likert de 5 puntos que va de 1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo, el puntaje posible es de 43 a 215 puntos. Esta escala cuenta con tres subescalas: a) pérdida /disminución del poder (19 reactivos), b) significado provisional (19 reactivos) y c) significado último (5 reactivos).

El puntaje total de la escala se obtuvo después de revertir las subescalas significado provisional y ultimo significado y posteriormente sumando las tres subescalas; altos puntajes reflejan una mejor actitud hacia el cuidado. La administración del instrumento tardó de 10 a 15 minutos. El alfa de Cronbach reportado para esta escala es de .88 (Farran et al., 1999). La validación de la versión en español de este instrumento fue realizada con cuidadores familiares de personas con la EA a través de la prueba test-retest. Las alfas de Cronbach obtenidas para la escala total fue de .86; pérdida

/disminución del poder .86; significado provisional .87 y significado último .83 (Fernández-Capo, 2005).

La ansiedad fue medida a través del instrumento Inventario de Ansiedad; subescala estado (IDARE; Spielberg & Díaz-Guerrero, 2002). Fue desarrollado para medir el grado de malestar que resulta de estímulos ambientales y que son vistos por los individuos como amenazas. El inventario ha sido utilizado en diversas poblaciones desde adolescentes hasta adultos mayores. La subescala que valora la ansiedad como estado, cuenta con 20 reactivos. La escala de respuesta va de 1 (casi nunca) a 4 (casi siempre). La subescala alcanza puntajes que van de 20 a 80 puntos, a mayor puntaje mayor ansiedad percibida. La administración de la subescala dura 5 minutos. Para este instrumento se reporta una confiabilidad de .80 (Frank-Stromborg & Olsen, 2004; apéndice H).

El uso saludable del humor de los cuidadores fue valorado con la adaptación del Cuestionario de Estilos de Humor (EH) (Martin, Puhlik-Doris, Gwen, Gray & Weir, 2003). Este instrumento mide la frecuencia diaria con que las personas expresan los estilos de humor afiliativo, incrementador del ser, agresivo y autodestructivo. Consta de 12 reactivos; tres reactivos corresponden a cada una de las cuatro subescalas de estilos de humor. Las opciones de respuesta van de 1 a 5, 1 significa ni una vez; 2 una vez; 3 dos veces; 4 de 3 a 5 veces; 5 más de cinco veces. El puntaje total va de 12 a 60 puntos. Individuos con altos puntajes en los reactivos que representan los estilos de humor afiliativo e incrementador del ser, indican que las personas hacen uso saludable del humor al usarlos más frecuentemente. El alfa de Cronbach reportada por el autor es de .80 y su aplicación tarda 5 minutos (apéndice I).

Se realizó una medición adicional del uso saludable del humor con las subescalas: estado de alegría y mal humor del Inventario de Alegría-Estado (IA) (Ruch, Kohler & van Thriel, 1997), mide estados de humor durante la semana pasada a su aplicación. Cada subescala consta de 10 reactivos; utiliza una escala tipo Likert, con

puntajes de uno a cuatro en donde el 1 significa estoy totalmente en desacuerdo, dos estoy moderadamente en desacuerdo, tres significa estoy moderadamente de acuerdo y cuatro estoy totalmente de acuerdo. El puntaje para cada subescala oscila de 10 a 40 puntos. Altos puntajes en la dimensión de estado de alegría indica que durante la semana las personas han estado de buen humor, con un “buen espíritu”, se sintieron felices y significa uso saludable del humor. Altos puntajes en la escala de mal humor implican que las personas experimentaron tristeza, melancolía o estuvieron malhumoradas en el transcurso de la semana. Las alfas de Cronbach reportados por el autor para la subescala de alegría y mal humor son .94 y .93, respectivamente. La administración de este instrumento requiere de 10 minutos (apéndice J).

Plan de Recolección de Datos

Los datos fueron recolectados por el equipo recolector de datos (entrenados para esta fase) la semanas previa al inicio de la intervención (T1); cuatro semanas después de iniciar la entrega de la intervención (T2); al final de la intervención, es decir, después de 8 semanas (T3) y 4 semanas posteriores a su terminación (T4). El registro y manejo de la información se realizó en formatos especiales y se consideró en todo momento la confidencialidad y seguridad de ésta.

Plan de Análisis de Datos

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 12.0. Los datos fueron capturados por el investigador principal; para asegurar la correcta captura de la información, la base de datos fue revisada cuidadosamente. Se realizó un primer análisis descriptivo general de los datos sociodemográficos. El análisis del comportamiento de las variables de las mediciones base se hizo intra e intergrupos para determinar la equivalencia de los grupos mediante análisis de varianza (ANOVA). Las variables consideradas para calificar la equivalencia de los grupos fueron: edad,

educación e ingresos del cuidador; etapa de la EA; apoyo social y mediciones base de las variables actitud hacia el cuidado, ansiedad y uso saludable del humor.

La prueba de las hipótesis se realizó a través del análisis de varianza de mediciones repetidas (ANOVA) y análisis de regresión múltiple. El nivel de significancia para la aceptación de hipótesis fue igual o menor de .05. Se utilizó el análisis “intención al tratamiento” para complementar los datos de las participantes que no concluyeron el programa psicoeducativo considerando la última información obtenida de las mediciones en las variables resultado (Polit & Beck, 2004).

La primera hipótesis, las participantes al programa psicoeducativo total, integrado por los componentes cognitivo conductual y ejercicios de risa, mostrarán resultados más positivos al: a) mejorar la actitud hacia el cuidado; b) reducir la ansiedad; c) incrementar el uso saludable del humor que las participantes de los otros grupos, fue probada a través del análisis de varianza de mediciones repetidas (ANOVA) incluyendo los cuatro grupos y considerando como estadístico de prueba el valor de Lambda de Wilks. Este análisis permitió analizar el efecto de tratamiento y el efecto de interacción de tiempo por tratamiento sobre las variables actitud, ansiedad y humor considerando los periodos transcurridos entre las mediciones base al término de la intervención (T1 a T3) y al seguimiento (T1 a T4).

La segunda hipótesis, los participantes al programa psicoeducativo con el componente cognitivo conductual mostrarán resultados más positivos al: a) mejorar la actitud hacia el cuidado; b) reducir la ansiedad; c) incrementar el uso saludable del humor que los participantes al programa con el componente de ejercicios de risa, fue probada a través del análisis de varianza de mediciones repetidas considerando el mismo sustento que la primera hipótesis pero considerando únicamente tres grupos. Así, se buscó analizar si la participación en el grupo con el componente cognitivo-conductual tendría un efecto de tratamiento y un efecto de interacción de tiempo por tratamiento sobre las variables actitud, ansiedad y humor.

La tercera hipótesis, en los grupos de intervención con el componente cognitivo-conductual, el efecto de la participación al programa psicoeducativo sobre el incremento del uso saludable del humor es mediado por la mejora en la actitud hacia el cuidado y reducción de la ansiedad, para probar esta hipótesis se realizaron series de análisis de regresión múltiple para determinar si: a) la participación al programa psicoeducativo influye sobre el humor; b) la participación al programa psicoeducativo afectan las variables consideradas como mediadoras actitud y ansiedad; c) las variables consideradas como mediadoras afectan la variable resultado humor, d) cuando a la primera ecuación se le agregan las variables mediadoras sobre el humor el valor de beta aumenta, disminuye o se vuelve no significativo.

La cuarta hipótesis, en los grupos de intervención con el componente cognitivo-conductual las variables sociodemográficas y el apoyo social percibido afectan la participación al programa psicoeducativo, fue probada a través de una serie análisis de regresión múltiple con el procedimiento de eliminación de variables hacia atrás (Backward).

La quinta hipótesis, en los grupos de intervención, con el componente cognitivo-conductual las variables sociodemográficas y el apoyo social percibido afectan directamente la variable resultado humor, fue probada utilizando también análisis de regresión con el procedimiento de eliminación de variables hacia atrás (Backward).

La sexta hipótesis, en los grupos de intervención con el componente cognitivo-conductual, las variables sociodemográficas y el apoyo social afectan indirectamente la variable resultado humor a través de la participación, actitud y ansiedad, también se realizó el análisis de regresión múltiple con el procedimiento de eliminación de variables hacia atrás (Backward). Fueron incorporadas además de las variables sociodemográficas seleccionadas y apoyo social, las variables participación, actitud y ansiedad.

Capítulo III

Resultados

Este capítulo contiene la estadística descriptiva de las características de los participantes y de las variables de interés; y la estadística inferencial de la equivalencia de los grupos mediante análisis de varianza (ANOVA) y consistencia interna de los instrumentos considerando los datos de la medición base. Posteriormente, se presentan las pruebas de las hipótesis.

Descripción de las Características de las Participantes

Las cuidadoras presentaron una media de 53 años ($DE = 9.26$), fluctuando entre 40 y 78 años de edad; la escolaridad media fue de 9 años ($DE = 4.20$), con un valor mínimo de 0 y máximo de 19 años. Las participantes señalaron haber cuidado de su familiar un promedio de 4 años ($DE = 2.89$), valor que osciló entre 1 y 16 años. El ingreso económico presentó mucha variabilidad por lo que se agrupó de acuerdo a la distribución observada y se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2

Distribución del ingreso mensual

Ingreso Económico	<i>f</i>	%
1,000 – 5,000	17	39.53
5,001 – 10,000	12	27.91
10,001 – 28,000	11	25.58
28,001 – 50,000	3	6.98

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos

La mayoría de las cuidadoras externaron ser casadas ($n = 37$, 80%), amas de casa

($n = 30, 65\%$), y padecer uno o más problemas de salud ($n = 42, 91\%$) tales como diabetes, osteoporosis/osteopenia, problemas de rodilla y de sueño. La calificación media que otorgaron a su estado de salud, en una escala del cero al cien, fue de 74 ($DE = 16.24$). Con relación al parentesco, sexo del paciente que cuidan y etapa de la enfermedad; la mayoría de las participantes reportan ser hijas ($n = 35, 76\%$), cuidar también a familiares mujeres ($n = 28, 61\%$), y que se encuentran en la segunda etapa de la enfermedad ($n = 34, 74\%$).

Variables de Estudio

Apoyo Social. La mayor parte de las participantes ($n = 35, 75\%$) reportó que de una a tres personas la apoyen en el cuidado del familiar con la EA. Las cuidadoras perciben apoyo social afectivo por debajo del punto de corte de 18 puntos ($x = 15.61$; $DE = 4.86$), que se refiere a las demostraciones de cariño, estima y simpatía percibidas. En contraste, perciben más apoyo confidencial ($x = 19.54$; $DE = 6.51$), que se refiere a recibir información y consejos o compartir inquietudes. El apoyo total percibido por las cuidadoras promedio fue bueno ($x = 35.15$; $DE = 10.65$), no obstante se observaron puntajes mínimos de 13 que indican bajo apoyo.

Variables Resultado. Los datos descriptivos de las variables resultado: a) actitud, b) ansiedad, c) humor valorado a través de los estilos de humor afiliativo e incrementador del ser y en las dimensiones alegría y mal humor, se presentan en la Tabla 3.

Los datos descriptivos de la variable actitud que se refiere a sentimientos generados por la pérdida de contacto emocional y social debido a la EA del familiar enfermo y a las valoraciones con relación a la experiencia de otorgar el cuidado indican que algunas participantes experimentan sentimientos negativos evidenciados por el valor mínimo de 26 puntos.

Tabla 3

Datos descriptivos de variables resultado

Variable	\bar{x}	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
Actitud	62.71	11.92	26	83.00
Ansiedad	39.38	20.17	5	95.00
Humor				
Afiliativo	35.44	20.43	0	77.78
Incrementador del Ser	26.69	14.43	0	58.36
Alegría	47.39	23.05	0	100.00
Mal Humor	41.15	25.76	0	100.00

Fuente: AC, IDARE, EH, IA

$n = 46$

De acuerdo a los puntajes crudos de la escala de ansiedad, se observan los siguientes valores: media de 43.63 ($DE = 12.10$), mediana de 42.50, valor mínimo de 23 y máximo de 77 puntos. Aunque no se define el punto de corte para ansiedad, los valores de la media reflejan ansiedad aproximadamente en la mitad de los reactivos y la mediana indica que el 50% de los participantes se ubica con puntajes que van de 42.50 a 77 puntos es decir, reflejan mayor ansiedad.

Como ya se mencionó la variable humor se valoró de dos formas. La primera, mide la frecuencia diaria con que las personas expresan los estilos de humor saludable afiliativo e incrementador del ser. La segunda, expresa el estado de humor de las personas durante la semana y abarca el estado de alegría y mal humor. Las medias, según los índices, de los dos estilos de humor saludables fueron: para humor afiliativo ($x = 35.44$, $DE = 20.43$) e incrementador del ser ($x = 26.69$, $DE = 14.43$), los valores mínimos de cero en ambos estilos de humor indican que algunas participantes no hacen

uso saludable del humor.

Con relación a la medición del estado de alegría se observan también medias bajas ($x = 47.39$, $DE = 23.05$) y mal humor ($x = 41.15$, $DE = 25.76$). Aunque se presentaron valores extremos de 100 que sugieren que algunas cuidadoras usaron el buen humor, se sintieron con un “buen espíritu”, y expresaron sentirse felices, en contraparte la calificación máxima de la subescala mal humor (100) indica que algunas de las cuidadoras experimentaron tristeza, melancolía o estuvieron malhumoradas.

Igualdad de Grupos

Para determinar la equivalencia de los grupos se realizó el análisis de varianza (ANOVA) intra e intergrupos del comportamiento de las variables contextuales y resultado basales. La Tabla 4 muestra los datos descriptivos y resultado de ANOVA en estas variables. Las variables contextuales y resultado no mostraron diferencia significativa por grupo, con excepción de alegría, el análisis post hoc de Tukey identificó diferencia de medias entre el G1 (tratamiento total) el cual presenta la media más alta y el G3 (tratamiento ejercicios de risa) que reporta la media mas baja ($p = .017$).

Tabla 4

ANOVA de mediciones base y medias por grupo

Variable	G1 ($n_1 = 12$)	G2 ($n_2 = 10$)	G3 ($n_3 = 11$)	G4 ($n_4 = 13$)	$F_{(3,42)}$	Valor de p
Sociodemográficas						
Edad	51.17	54.40	54.00	55.46	.46	.711
Educación	8.33	12.10	10.18	8.62	1.96	.134
Ingresos	9,700	15,260	15,227	7,290	1.12	.349
Apoyo Social						
Afectivo	47.50	56.00	56.36	53.00	.31	.817
Confidencial	42.71	57.50	63.26	62.50	1.53	.221
Total	44.89	56.82	60.12	58.22	.95	.423
Actitud	62.98	60.75	58.56	67.48	1.25	.303
Ansiedad	33.33	41.16	47.57	36.66	1.07	.371
Humor						
Afiliativo	37.50	40.00	33.33	31.83	.36	.779
Incrementador/Ser	27.31	25.00	22.47	25.00	.24	.863
Alegría	59.44	50.33	31.52	47.44	3.33	.028
Mal Humor	38.61	47.33	41.21	38.72	.25	.857

Fuente: CS, Duke-UNC-11, AC, IDARE, EH, IA

G1= Tratamiento psicoeducativo total; G2= Tratamiento cognitivo-conductual;

G3 = Tratamiento ejercicios de risa; G4 = Control.

Adicionalmente, se realizó el análisis de Chi cuadrada para explorar diferencias en la distribución de la etapa de la enfermedad ($\chi^2 = 5.34$; $p = 0.50$) y parentesco ($\chi^2 = 9.70$; $p = 0.37$) de acuerdo a los grupos. Estos datos indican que los grupos son

equivalentes.

Confiabilidad Interna de los Instrumentos

La consistencia interna de los instrumentos que midieron actitud, ansiedad y humor fue valorada a través de la prueba alfa de Cronbach. En general, todos los instrumentos obtuvieron un coeficiente de confiabilidad aceptable y consistente con los resultados de la prueba piloto así como, por las alfas reportadas por los autores de estos instrumentos (ver Tabla 5).

Tabla 5

Confiabilidad interna de los instrumentos

Nombre del instrumento	Coeficiente Cronbach
Actitud hacia el Cuidado	.903
Inventario de Ansiedad IDARE-Estado	.810
Cuestionarios de Humor	
Afiliativo	.819
Incrementador del Ser	.885
Alegría	.799
Mal humor	.737
	<i>n</i> = 46

Resultados de las Pruebas de Hipótesis

En este apartado se presentan las pruebas de las hipótesis planteadas. El nivel de significancia fijado fue de .05.

Primera Hipótesis. La primera hipótesis a probar expresa que las participantes del programa psicoeducativo total, integrado por los componentes cognitivo conductual

y ejercicios de risa, mostrarán resultados más positivos al: a) mejorar la actitud hacia el cuidado; b) reducir la ansiedad; e c) incrementar el uso saludable del humor, que las participantes de los otros grupos.

Se aplicaron una serie de ANOVAS de mediciones repetidas. Dado que los datos de cada variable comprenden cuatro mediciones (tiempo) por cuatro grupos observados, cada variable se presenta por separado.

La Tabla 6 muestra la estadística descriptiva de la variable actitud y el resultado del ANOVA. Se puede observar que las medias se incrementan a través del tiempo en todos los grupos con algún componente de intervención mientras que el grupo control presenta un ligero decremento. Se observan diferencias significativas en los tiempos tres y cuatro.

Tabla 6

Datos descriptivos y ANOVA de actitud por grupo y tiempo

Variable	G1 ($n_1 = 12$)	G2 ($n_2 = 10$)	G3 ($n_3 = 11$)	G4 ($n_4 = 13$)	$F_{(3,42)}$	Valor de p
T1	62.98	60.75	58.56	67.48	1.25	.303
T2	71.46	64.36	65.27	67.30	1.00	.402
T3	82.41	79.88	65.80	66.23	8.55	.001
T4	79.26	77.32	68.49	65.02	5.65	.002

Fuente AC

G1= Tratamiento psicoeducativo total; G2= Tratamiento cognitivo conductual; G3= Tratamiento ejercicios de risa; G4= Control.

La Tabla 7 muestra los resultados del ANOVA de mediciones repetidas incluyendo el análisis multivariado para la variable actitud. El primer análisis comprende del T1 al T3 y el segundo del T1 al T4.

La prueba de contrastes multivariados permite apreciar que al final de la intervención hubo efecto significativo de la interacción tiempo por grupo, con un tamaño de efecto grande ($\eta^2 = .422$) mismo, que se mantuvo al seguimiento ($\eta^2 = .336$).

Tabla 7

ANOVA de mediciones repetidas para actitud

Efectos de T1 al T3					
Contraste Multivariado	<i>A</i>		<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2
Tiempo X Grupo	.334		9.99	.001	.422
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	3	483	1.66	.189	.106
Error	42	290			
Intra-Sujetos					
Tiempo	2	1425	42.35	.001	.502
Tiempo X Grupo	6	351	10.44	.001	.427
Error	84	33			
Efectos de T1 al T4					
Contraste Multivariado	<i>A</i>		<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2
Tiempo X Grupo	.293		7.10	.001	.336
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	3	841	2.28	.092	.140
Error	42	367			
Intra-Sujetos					
Tiempo	3	1225	40.13	.001	.489
Tiempo X Grupo	9	306	10.04	.001	.418
Error	126	30			

Fuente: AC

En la Tabla 8 se observa que las diferencias de medias se vuelven significativas

al final de la intervención y al seguimiento. La prueba post hoc de Tukey (ver apéndice K) mostró que estas diferencias se encuentran en G1 vs. G3 y G4 y al seguimiento entre el G1 vs. G4 ($p < .05$).

Esto significa que el programa psicoeducativo total integrado por los componentes cognitivo-conductual y ejercicio de risa fue efectivo para mejorar la actitud con relación a los sentimientos generados por la pérdida de contacto emocional y social debido a la EA del familiar e incrementar las valoraciones positivas que las participantes hacen con relación a la actividad de cuidar y experiencia obtenida al otorgar el cuidado a su familiar con la EA. Este programa probó una mejora significativa en la actitud con relación al G3 y G4 pero no con relación al G2 en el que también se ofrecía el componente cognitivo-conductual. El comportamiento de las medias de los grupos a través del tiempo puede apreciarse gráficamente en la Figura 2.

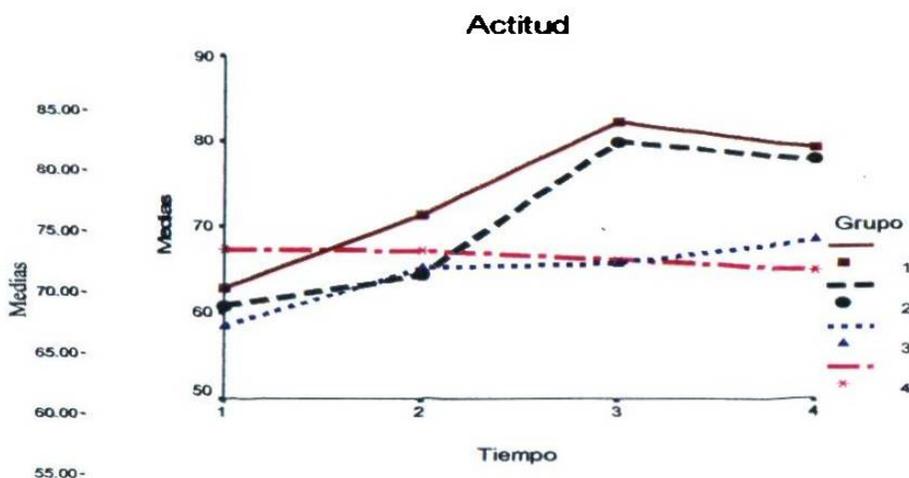


Figura 2 Actitud. Comportamiento de medias por tiempo y grupo

Con respecto a la variable ansiedad, la Tabla 8 muestra la estadística descriptiva y el resultado del ANOVA. Se observa que hubo reducción en las medias de los grupos con algún componente de intervención mientras que el grupo control permanece relativamente estable. Destacan las diferencias significativas a partir de T2 es decir,

cuatro semanas después de haber iniciado el programa psicoeducativo, diferencias que se mantuvieron al final de la intervención y en el seguimiento.

Tabla 8

Datos descriptivos y ANOVA de ansiedad por grupo y tiempo

Variable	G1 ($n_1 = 12$)	G2 ($n_2 = 10$)	G3 ($n_3 = 11$)	G4 ($n_4 = 13$)	$F_{(3,42)}$	Valor de p
T1	33.33	41.16	47.57	36.66	1.07	.371
T2	20.69	18.33	35.90	37.05	4.84	.006
T3	8.88	11.66	28.18	36.79	13.71	.001
T4	17.36	15.83	32.57	38.58	5.51	.003

Fuente: IDARE

G1= Tratamiento psicoeducativo total; G2= Tratamiento cognitivo conductual;

G3=Tratamiento ejercicios de risa; G4= Control

En la Tabla 9 se observan los resultados del ANOVA de mediciones repetidas incluyendo el análisis multivariado para la variable ansiedad. Primero, se incluye el análisis del T1 al T3 y luego del T1 al T4.

La prueba de contrastes multivariados muestra efecto significativo de la interacción de tiempo por grupo al T3 con un tamaño de efecto grande ($\eta^2 = .208$) mismo que se mantuvo en el T4 ($\eta^2 = .148$). El ANOVA indica que el efecto de grupo fue significativo ($p < .05$) a partir del T2 (ver Tabla 10). La prueba post hoc de Tukey (ver apéndice K) mostró diferencias significativas al término de la intervención entre G1 vs. G3 y G4, al seguimiento entre G1 vs. G4 ($p < .05$). Esto significa que el programa psicoeducativo total integrado por los componentes cognitivo-conductual y ejercicio de risa logró reducir significativamente la ansiedad de las cuidadoras participantes respecto

a las integrantes del G 3 y G4 pero no a las del G2.

Tabla 9

ANOVA de mediciones repetidas para ansiedad

Efectos de T1 al T3					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.628	3.58	.003	.208	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	3	2553	5.04	.004	.265
Error	42	506			
Intra-Sujetos					
Tiempo	2	3913	27.64	.001	.397
Tiempo X Grupo	6	560	3.95	.002	.220
Error	84	141			
Efectos de T1 al T4					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.618	2.36	.018	.148	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	3	3894	6.31	.001	.311
Error	42	617			
Intra-Sujetos					
Tiempo	3	2756	18.75	.001	.309
Tiempo X Grupo	9	420	2.85	.004	.170
Error	126	146			

Fuente: IDARE

El comportamiento de las medias de los grupos en el tiempo puede apreciarse gráficamente en la Figura 3.

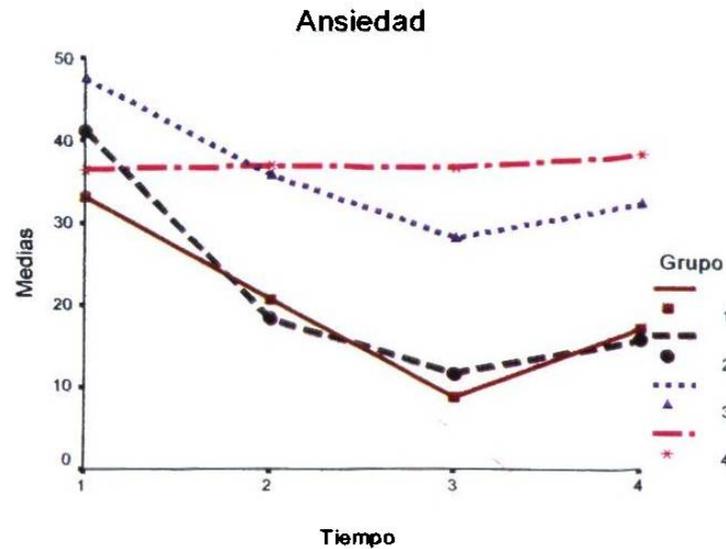


Figura 3 Ansiedad. Comportamiento de medias por tiempo y grupo

La Tabla 10 muestra la estadística descriptiva y ANOVA de la variable humor, valorada a través de la dimensión humor afiliativo.

Tabla 10

Datos descriptivos y ANOVA de humor afiliativo por grupo y tiempo

Variable	G1 ($n_1 = 12$)	G2 ($n_2 = 10$)	G3 ($n_3 = 11$)	G4 ($n_4 = 13$)	$F_{(3,42)}$	Valor de p
T1	37.50	40.99	33.33	31.83	0.36	.779
T2	47.22	42.77	35.35	32.26	1.53	.220
T3	53.47	49.72	36.61	31.83	5.47	.003
T4	54.86	49.72	35.85	32.05	4.62	.007

Fuente: EH. G1= Tratamiento psicoeducativo total; G2= Tratamiento cognitivo conductual; G3=Tratamiento ejercicios de risa; G4= Control

El comportamiento de las medias del humor afiliativo, permite apreciar que éstas se incrementaron a través del tiempo en todos los grupos a excepción del G4 que no presenta diferencia en relación a las mediciones base. Se observan diferencias significativas en los tiempos tres y cuatro. El comportamiento de las medias de los grupos en el tiempo puede ser apreciado gráficamente en la Figura 4.

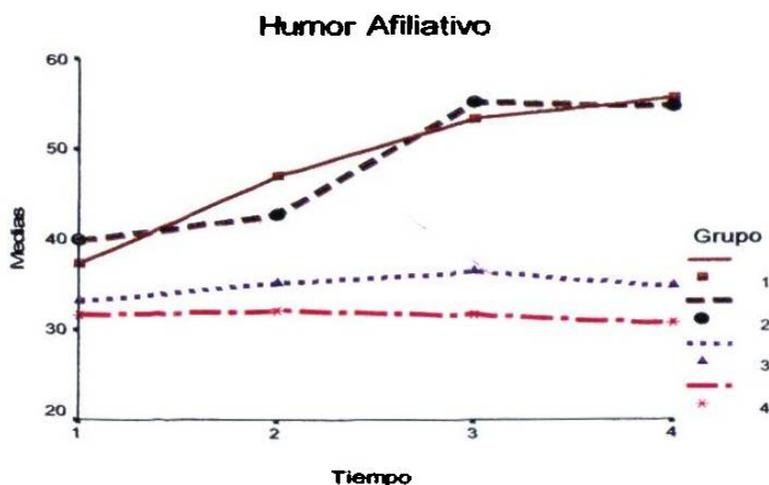


Figura 4 Humor Afiliativo. Comportamiento de medias por tiempo y grupo

Los resultados del ANOVA de mediciones repetidas incluyendo el análisis multivariado para la variable humor afiliativo primero incluyendo del T1 al T3 y luego del T1 al T4 pueden ser observados en la Tabla 11. La prueba de contrastes multivariados indica que para el estilo de humor afiliativo no hubo efecto significativo de la interacción de tiempo por grupo al final de la intervención ($p = .267$) ni al seguimiento ($p = .672$). El ANOVA muestra que solamente hubo efecto de tiempo ($p < .05$), lo que significa que las medias en los grupos con algún componente de intervención cambiaron en el tiempo con respecto a las mismas participantes y fueron significativamente diferentes al G4 (ver apéndice K) ($p < .05$). Estos resultados indican que la intervención no logró incrementar significativamente la frecuencia con la que las cuidadoras utilizan el humor para hacer bromas y reír con otras personas.

Tabla 11

ANOVA de mediciones repetidas para humor afiliativo

Efectos de T1 al T3					
Contraste Multivariado	<i>A</i>		<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2
Tiempo X Grupo	.834		1.29	.267	.087
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	3	1889	2.32	.088	.143
Error	42	810			
Intra-Sujetos					
Tiempo	2	854	5.90	.004	.123
Tiempo X Grupo	6	227	1.57	.166	.101
Error	84	144			
Efectos de T1 al T4					
Contraste Multivariado	<i>A</i>		<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2
Tiempo X Grupo	.852		.73	.672	.052
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	3	2939	2.63	.063	.158
Error	42	1117			
Intra-Sujetos					
Tiempo	3	562	4.01	.009	.087
Tiempo X Grupo	9	158	1.13	.344	.075
Error	126	139			

Fuente: EH

La Tabla 12 muestra la estadística descriptiva y ANOVA de la variable humor,

valorada a través de la dimensión humor incrementador del ser.

Tabla 12

Datos descriptivos y ANOVA de humor incrementador del ser por grupo y tiempo

Variable	G1 ($n_1 = 12$)	G2 ($n_2 = 10$)	G3 ($n_3 = 11$)	G4 ($n_4 = 13$)	$F_{3,42}$	Valor de p
T1	33.79	25.00	22.47	25.99	1.42	.248
T2	48.84	40.00	34.34	26.92	3.54	.022
T3	44.44	55.00	31.81	27.77	6.23	.001
T4	43.28	56.11	31.31	20.08	11.41	.001

Fuente: EH. G1- Tratamiento psicoeducativo total; G2 Tratamiento cognitivo conductual; G3-Tratamiento ejercicios de risa; G4 Control

Las medias de todos los grupos aumentaron al mes; aunque solamente en el G2 continuó el incremento a través del tiempo. El resultado del ANOVA muestra diferencia significativa a partir del T2. La Figura 5 muestra el comportamiento de las medias de los grupos en el tiempo.

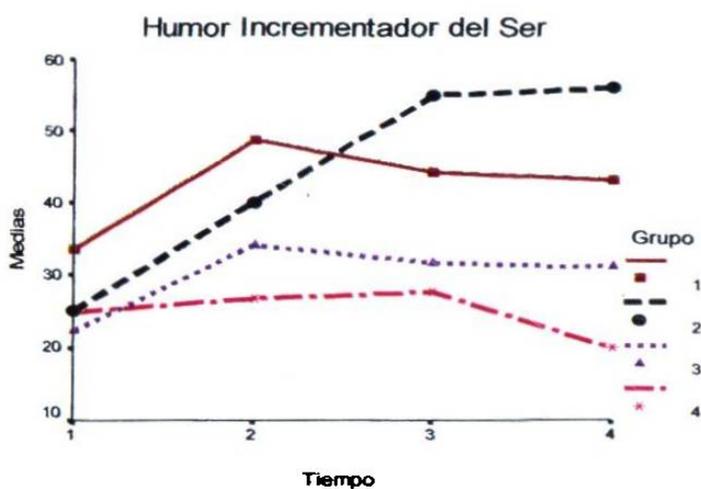


Figura 5 Humor Incrementador del Ser. Comportamiento de medias por tiempo y grupo

La Tabla 13 muestra los resultados del ANOVA de mediciones repetidas incluyendo el análisis multivariado, del humor incrementador del ser.

Tabla 13

ANOVA de mediciones repetidas para humor incrementador del ser

Efectos de T1 al T3					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.615	3.75	.002	.216	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	3	2130	4.17	.011	.230
Error	42	510			
Intra-Sujetos					
Tiempo	2	2271	17.23	.001	.291
Tiempo X Grupo	6	460	3.49	.004	.200
Error	84	131			
Efectos de T1 al T4					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.439	4.35	.001	.240	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	3	4128	6.15	.001	.305
Error	42	671			
Intra-Sujetos					
Tiempo	3	1622	14.20	.001	.253
Tiempo X Grupo	9	551	4.83	.001	.257
Error	126	114			

Fuente: EH

La prueba de contrastes multivariados para la variable humor incrementador del ser, muestra que en T3 hubo efecto significativo en la interacción tiempo por grupo, con un tamaño de efecto grande ($\eta^2 = .216$) mismo que se mantuvo en T4 ($\eta^2 = .240$). El ANOVA indica que el efecto de grupo fue significativo ($p < .05$) a partir del tiempo dos (ver Tabla 12) es decir, cuatro semanas después de iniciada la intervención. La prueba post hoc de Tukey (ver apéndice K) mostró que la diferencia significativa se observó entre G1 vs G3 y G4 en T3 y G4 en T4 ($p < .05$). Es decir, el programa psicoeducativo total fue efectivo para incrementar la frecuencia del uso del humor para regular las emociones y utilizarlo como mecanismo de afrontamiento con relación al G3 y G4.

La Tabla 14 muestra la estadística descriptiva y ANOVA de la variable humor, en la dimensión alegría.

Tabla 14

Datos descriptivos y ANOVA de alegría por grupo y tiempo

Variable	G1 ($n_1 = 12$)	G2 ($n_2 = 10$)	G3 ($n_3 = 11$)	G4 ($n_4 = 13$)	$F_{(3,42)}$	Valor de p
T1	59.44	50.33	31.51	47.43	3.33	.028
T2	73.33	59.33	49.39	53.33	2.48	.074
T3	86.94	77.00	52.42	48.97	10.83	.001
T4	78.61	71.00	53.33	41.79	10.26	.001

Fuente: IA. G1= Tratamiento psicoeducativo total; G2= Tratamiento cognitivo conductual; G3=Tratamiento ejercicios de risa; G4= Control

Todas las medias de la variable alegría mostraron incremento al mes de haber iniciado la intervención; las medias de los grupos con algún tratamiento de intervención se incrementaron a través del tiempo en tanto, que las medias del G4 sufrieron decremento. Se aprecian diferencias significativas en los tiempos tres y cuatro. El

comportamiento de las medias de los grupos en el tiempo puede apreciarse gráficamente en la Figura 6.

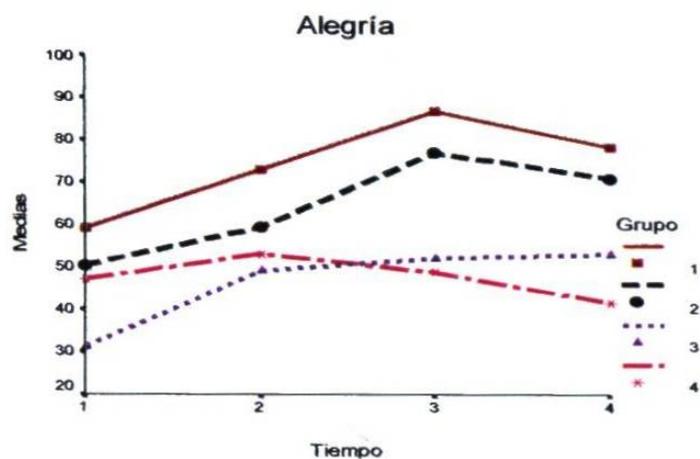


Figura 6 Alegría. Comportamiento de medias por tiempo y grupo

Los resultados del ANOVA de mediciones repetidas de alegría tanto al final de la intervención como al seguimiento se muestran en la Tabla 15.

Tabla 15

ANOVA de mediciones repetidas para alegría

Efectos de T1 al T3					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.765	1.96	.081	.126	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	3	5818	7.90	.001	.361
Error	42	736			
Intra-Sujetos					
Tiempo	2	4245	13.59	.001	.245
Tiempo X Grupo	6	552	1.76	.115	.112
Error	84	312			
Efectos de T1 al T4					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.693	1.76	.085	.115	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	3	8605	9.80	.001	.412
Error	42	877			
Intra-Sujetos					
Tiempo	3	2988	11.03	.001	.208
Tiempo X Grupo	9	567	2.09	.035	.130
Error	126	270			

Fuente: IA

La prueba de contrastes multivariados indica que en el estado de humor alegría no hubo efecto significativo de interacción de tiempo por grupo en T3 ($p = .081$) y T4

($p = .085$). No obstante, si se logró el efecto de grupo y de tiempo por grupo en T3 y en T4 además se obtuvo el efecto de interacción tiempo por grupo. El ANOVA muestra que al término de la intervención y al seguimiento, las medias de los grupos mostraron diferencias significativas (ver Tabla 10). El análisis post hoc de Tukey (ver apéndice K) mostró diferencia significativa entre el G1 vs el G3 y el G4 en ambos tiempos ($p < .05$).

Esto significa que las medias de los grupos cambiaron en el tiempo con relación a las obtenidas por las mismas participantes; también las variaciones de medias se presentaron con relación a los grupos sin embargo, estas variaciones no alcanzaron el nivel de significancia requerido ($< .05$). Así, el programa psicoeducativo total con los componentes cognitivo-conductual y ejercicios de risa no logró incrementar significativamente el estado de alegría y buen humor de las cuidadoras con respecto a las de los otros grupos.

Con relación a mal humor, en la Tabla 16 se observa que hubo reducción en las medias de todos los grupos y diferencia significativa al término de la intervención y seguimiento.

Tabla 16

Datos descriptivos y ANOVA de mal humor por grupo y tiempo

Variable	G1 ($n_1 = 12$)	G2 ($n_2 = 10$)	G3 ($n_3 = 11$)	G4 ($n_4 = 13$)	$F_{(3,42)}$	Valor de p
T1	38.61	47.33	41.21	38.71	0.25	.857
T2	27.77	29.66	40.60	31.79	0.79	.506
T3	9.72	16.33	32.72	37.94	6.62	.001
T4	7.22	10.00	33.63	38.20	11.36	.001

Fuente: IA. G1= Tratamiento psicoeducativo total; G2= Tratamiento cognitivo conductual; G3=Tratamiento ejercicios de risa; G4= Control

El comportamiento de las medias de los grupos en el tiempo puede observarse gráficamente en la Figura 7.

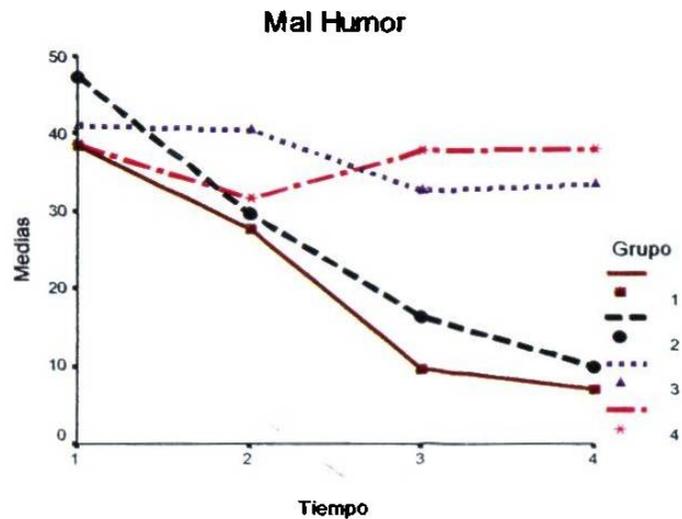


Figura 7 Mal Humor. Comportamiento de medias por tiempo y grupo

La Tabla 17 contiene los resultados del ANOVA de mediciones repetidas y análisis multivariado de mal humor al término de la intervención y al seguimiento.

Tabla 17

ANOVA de mediciones repetidas para mal humor

Efectos de T1 al T3					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.664	3.10	.009	.185	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	3	1155	1.22	.311	.081
Error	42	940			
Intra-Sujetos					
Tiempo	2	3405	12.77	.001	.233
Tiempo X Grupo	6	754	2.83	.015	.168
Error	84	266			
Efectos de T1 al T4					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.623	2.32	.020	.146	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	3	3069	3.14	.035	.184
Error	42	975			
Intra-Sujetos					
Tiempo	3	3511	13.85	.001	.248
Tiempo X Grupo	9	857	3.38	.001	.195
Error	126	253			

Fuente: IA

La prueba de contrastes multivariados muestra que en T3 hubo efecto

significativo de interacción tiempo por grupo, con un tamaño de efecto grande ($\eta^2 = .185$) mismo que se mantuvo en el T4 ($\eta^2 = .146$). El ANOVA indica que los grupos mostraron diferencias significativas a partir de T3 ($p < .05$); en tanto que el análisis post hoc de Tukey mostró que las diferencias se dieron entre el G1 vs el G3 y G4 (apéndice K). Esto significa que el programa psicoeducativo total integrado por los componentes cognitivo-conductual y ejercicios de risa probó ser eficaz en la reducción del mal humor de las cuidadoras participantes con relación al G3 y G4 pero no respecto al G2.

En resumen, al término de la intervención el programa psicoeducativo total (G1), integrado por todos los componentes (cognitivo conductual y ejercicios de risa) mostró efectos positivos en la mejora de la actitud hacia el cuidado, reducción de la ansiedad, aumento del uso saludable del estilo de humor incrementador del ser, y reducción del mal humor comparados con las participantes con el componente de risa (G3) y grupo control (G4).

La hipótesis uno no es sustentada ya que la intervención con todos los componentes resultó ser significativamente mejor que dos grupos (G3 y G4), pero no en comparación con las participantes con el componente cognitivo-conductual (G2). Además, la intervención no fue efectiva para incrementar el uso del humor afiliativo y alegría respecto a los otros grupos.

Segunda Hipótesis. La segunda hipótesis expone que los participantes al programa psicoeducativo con el componente cognitivo conductual mostraran resultados más positivos en las variables resultado que los participantes al programa con el componente de ejercicios de risa y al grupo control.

A fin de probar esta hipótesis se aplicaron también una serie de ANOVAS de mediciones repetidas de cada una de las variables. Como ya se señaló los datos de cada variable comprenden cuatro mediciones (tiempo) y para esta hipótesis se consideran tres grupos observados, es decir, G2 con el componente cognitivo-conductual, G3 con el componente de risa y G4 control; cada variable se presenta por separado (ver Tabla 18).

Tabla 18

ANOVA de mediciones repetidas para actitud

Efectos de T1 al T3					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.264	14.20	.001	.486	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	2	228	.87	.429	.053
Error	31	262			
Intra-Sujetos					
Tiempo	2	596	21.77	.001	.413
Tiempo X Grupo	4	368	13.47	.001	.465
Error	62	27			
Efectos de T1 al T4					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.235	10.26	.001	.515	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	2	410	1.29	.290	.077
Error	31	318			
Intra-Sujetos					
Tiempo	3	548	20.07	.001	.393
Tiempo X Grupo	6	342	17.54	.001	.447
Error	93	27			

Fuente: AC

La prueba de contrastes multivariados permite observar que al final de la

intervención se obtuvo efecto significativo de la interacción tiempo por grupo, con un tamaño de efecto grande ($\eta^2 = .486$) mismo, que se incrementó al seguimiento ($\eta^2 = .515$). La prueba post hoc de Tukey (Apéndice K) mostró que el G2 fue significativamente diferente al G3 y G4 posterior a la intervención, y al G4 al seguimiento también ($p < .05$).

Esto significa que el programa psicoeducativo integrado por el componente cognitivo-conductual fue efectivo para mejorar la actitud con relación a los sentimientos generados por la pérdida de contacto emocional y social debido a la EA del familiar e incrementar las valoraciones positivas de las participantes con relación a la actividad y experiencia de cuidar a su familiar en comparación a los G3 y G4.

Con relación a la ansiedad, en la Tabla 19 se observan los resultados del ANOVA de mediciones repetidas incluyendo el análisis multivariado del T1 al T3 y luego del T1 al T4.

Tabla 19

ANOVA de mediciones repetidas para ansiedad

Efectos de T1 al T3					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	Valor de <i>p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.576	4.77	.002	.241	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	2	1871	3.63	.038	.190
Error	31	515			
Intra-Sujetos					
Tiempo	2	2337	20.99	.001	.404
Tiempo X Grupo	4	730	6.55	.001	.297
Error	62	111			
Efectos de T1 al T3					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	Valor de <i>p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.569	3.14	.010	.246	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	2	3180	5.07	.012	.247
Error	31	626			
Intra-Sujetos					
Tiempo	3	1666	13.75	.001	.307
Tiempo X Grupo	6	556	4.59	.001	.229
Error	93	121			

Fuente: IDARE

La prueba de contrastes multivariados de la variable ansiedad muestra al final de la intervención efecto significativo de la interacción de tiempo por grupo, con un tamaño

de efecto grande ($\eta^2 = .576$) mismo que se mantuvo en el seguimiento ($\eta^2 = .569$). El ANOVA indica que la diferencia de medias fue significativa a partir del tiempo dos ($F_{(2,31)} = 5.58; p = .008$) es decir, cuatro semanas después de iniciada la intervención; esta tendencia en la diferencia de medias se mantuvo al término de la intervención ($F_{(2,31)} = 11.36; p < .001$) y al seguimiento ($F_{(2,31)} = 6.02; p = .006$).

Adicionalmente, la prueba post hoc de Tukey mostró diferencias significativas al término de la intervención entre G2 vs G 3 y G4 (ver apéndice K) al seguimiento entre G2 vs G4 ($p < .05$). Esto significa que el programa psicoeducativo integrado por el componente cognitivo-conductual logró reducir significativamente la ansiedad de las cuidadoras participantes, mostrado por el efecto de interacción de tiempo por grupo.

A continuación se presentan los resultados de la variable humor valorada a través de los estilos de humor afiliativo e incrementador del ser, alegría y mal humor. Los resultados del ANOVA de mediciones repetidas incluyendo el análisis multivariado para la variable humor afiliativo primero del T1 al T3 y luego del T1 al T4 pueden ser observado en la Tabla 20.

Tabla 20

ANOVA de mediciones repetidas para humor afiliativo

Efectos de T1 al T3					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.846	1.36	.278	.080	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	2	1770	2.02	.149	.116
Error	31	874			
Intra-Sujetos					
Tiempo	2	342	2.55	.086	.076
Tiempo X Grupo	4	208	1.55	.198	.091
Error	62	133			
Efectos de T1 al T4					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.826	0.97	.452	.091	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	2	3301	2.77	.078	.152
Error	31	1191			
Intra-Sujetos					
Tiempo	3	276	1.88	.137	.057
Tiempo X Grupo	6	218	1.49	.190	.088
Error	93	146			

Fuente: EH

La prueba de contrastes multivariados indica que el estilo de humor afiliativo no

obtuvo efecto significativo de grupo, tiempo o interacción de tiempo por grupo al final de la intervención ($p = .278$) ni al seguimiento ($p = .452$). Estos resultados indican que la intervención no logró incrementar significativamente la frecuencia con la que las cuidadoras utilizan el humor para hacer bromas y reír con otras personas en comparación al grupo con el componente de ejercicios de risa (G3) y al grupo control (G4).

Con relación al estilo de humor incrementador del ser, la prueba de contrastes multivariados muestra que al término de la intervención hubo efecto significativo en la interacción tiempo por grupo, con un tamaño de efecto grande ($\eta^2 = .575$) mismo que se mantuvo en T4 ($\eta^2 = .397$). El análisis entre e intra-sujetos permite observar que se obtuvo efecto de tiempo y de grupo al término de la intervención además de la interacción de tiempo por grupo al seguimiento.

El ANOVA indica que la diferencia significativa de medias se obtuvo al término de la intervención ($F_{(2,31)} = 7.51$; $p = .002$) y prevaleció al seguimiento ($F_{(2,31)} = 15.11$; $p < .001$). La prueba Tukey post hoc mostró que la diferencia significativa se presentó entre G2 vs G3 y G 4 en T3 y T4.

Esto significa que el programa psicoeducativo con el componente cognitivo conductual fue efectivo para incrementar la frecuencia con la que las cuidadoras utilizan el humor para regular sus emociones y utilizarlo como mecanismo de afrontamiento.

La Tabla 21 muestra los resultados del ANOVA de mediciones repetidas incluyendo el análisis multivariado primero de T1 a T3 y luego de T1 a T4, respectivamente, para la variable humor incrementador del ser.

Tabla 21

ANOVA de mediciones repetidas para humor incrementador del ser

Efectos de T1 al T3					
Contraste Multivariado	<i>A</i>		<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2
Tiempo X Grupo	.575		4.78	.002	.242
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	2	1621	2.89	.071	.157
Error	31	560			
Intra-Sujetos					
Tiempo	2	1730	13.69	.001	.306
Tiempo X Grupo	4	608	4.81	.002	.237
Error	62	126			
Efectos de T1 al T4					
Contraste Multivariado	<i>A</i>		<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2
Tiempo X Grupo	.397		5.66	.001	.370
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	2	4273	5.86	.007	.274
Error	31	729			
Intra-Sujetos					
Tiempo	3	1274	11.52	.001	.271
Tiempo X Grupo	6	768	6.94	.001	.310
Error	93	110			

Fuente: EH

La Tabla 22 muestra los resultados del análisis para la variable alegría.

Tabla 22

ANOVA de mediciones repetidas para alegría

Efectos de T1 al T3					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.726	2.60	.045	.148	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	2	2591	3.05	.062	.165
Error	31	848			
Intra-Sujetos					
Tiempo	2	2335	8.35	.001	.212
Tiempo X Grupo	4	647	2.31	.067	.130
Error	62	279			
Efectos de T1 al T4					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.650	2.32	.045	.194	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	2	4141	4.15	.025	.211
Error	31	996			
Intra-Sujetos					
Tiempo	3	1642	6.43	.001	.172
Tiempo X Grupo	6	720	2.82	.014	.154
Error	93	255			

Fuente: EH

La prueba de contrastes multivariados indica que la alegría en T3 mostró efecto significativo en la interacción tiempo por grupo, con un tamaño de efecto grande ($\eta^2 = .726$) mismo que se mantuvo en T4 ($\eta^2 = .650$). El análisis entre e intra-sujetos permite observar que se obtuvo efecto de tiempo, grupo e interacción tiempo por grupo al seguimiento de la intervención. No obstante el ANOVA indica que la diferencia de medias fue significativa a partir del tiempo tres ($F_{(2,31)} = 6.00; p = .006$) y permanece al tiempo cuatro ($F_{(2,31)} = 6.81; p = .004$) además el análisis post hoc de Tukey mostró diferencia significativa en T3 entre el G2 vs. el G3 y G4, y en T4 entre G2 vs. G4 (ver apéndice K). Estos resultados indican que el programa psicoeducativo integrado por el componente cognitivo-conductual fue efectivo para incrementar el estado de alegría y buen humor de las cuidadoras.

Por último, el análisis multivariado de la dimensión mal humor en T1 a T3 y de T1 a T4 respectivamente, muestra que al final de la intervención hubo efecto significativo de interacción de tiempo por grupo, con un tamaño de efecto grande ($\eta^2 = .164$) mismo que se incremento al seguimiento ($\eta^2 = .191$). Aunque el análisis entre e intra-grupos no muestra efecto de grupo, si se obtuvo efecto de tiempo y de tiempo por grupo.

El ANOVA indica que los grupos mostraron diferencias significativas a partir de T3 ($F_{(2,31)} = 3.49; p = .043$) la cual se mantuvo en T4 ($F_{(2,31)} = 7.37; p = .002$) en tanto que el análisis post hoc de Tukey mostró que las diferencias se dieron en T3 entre el G2 vs G3 y en T4 entre G2 vs G4 (ver apéndice K). Esto significa que al término de la intervención, el programa psicoeducativo con el componentes cognitivo-conductual probó ser significativamente mas eficaz en la reducción del mal humor de las participantes en comparación al G3 y al seguimiento con el G4. Los resultados del ANOVA de mediciones repetidas para la variable mal humor se encuentran en la Tabla 23.

Tabla 23

ANOVA de mediciones repetidas para mal humor

Efectos de T1 al T3					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.698	2.94	.027	.164	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	2	414	.39	.680	.025
Error	31	1060			
Intra-Sujetos					
Tiempo	2	1544	5.33	.007	.147
Tiempo X Grupo	4	776	2.68	.040	.147
Error	62	289			
Efectos de T1 al T4					
Contraste Multivariado	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>	η^2	
Tiempo X Grupo	.654	2.28	.048	.191	
Fuente de Variación	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	2	1712	1.51	.236	.089
Error	31	1131			
Intra-Sujetos					
Tiempo	3	1549	5.51	.002	.151
Tiempo X Grupo	6	907	3.22	.006	.172
Error	93	281			

Fuente: IA

En resumen, al término de la intervención el programa psicoeducativo integrado por el componentes cognitivo conductual (G2) mostró efectos positivos en la actitud hacia el cuidado, ansiedad y uso saludable del humor en las dimensiones humor incrementador del ser, alegría y mal humor con al menos uno de los dos grupos tanto al final de la intervención como al seguimiento. No obstante, no logró incrementar significativamente el uso del humor afiliativo en comparación con los otros dos grupos. Dado que la hipótesis planteaba que habría diferencias con respecto a los dos grupos en todas las variables, no se sustenta la hipótesis dos.

Tercera Hipótesis. La tercera hipótesis señala que en los grupos de intervención con el componente cognitivo-conductual, el efecto del la participación del programa psicoeducativo sobre el incremento del uso saludable del humor es mediado por la mejora en la actitud hacia el cuidado y reducción de la ansiedad. La participación se registró como: a) el porcentaje de asistencia a las sesiones y b) el cumplimiento del programa como el porcentaje de tareas realizadas, ambas variables funcionan como predictoras. La actitud y ansiedad sirven como variables mediadoras y el humor como variable resultado.

Para probar esta hipótesis se verificó si se cumplían los supuestos del modelo de mediación de Baron y Kenny (1986), es decir: a) la asistencia y cumplimiento influyen sobre el humor; b) la asistencia y cumplimiento afectan las variables mediadoras actitud y ansiedad; c) las variables mediadoras afectan la variable resultado humor, d) cuando a la primera ecuación se le agregan las variables mediadoras sobre el humor el valor de beta aumenta, disminuye o se vuelve no significativo.

Se consideraron los grupos con el componente cognitivo-conductual y se llevó a cabo una serie de regresiones lineales simples y múltiples para explorar los supuestos del modelo. La variable asistencia no resultó significativa como determinante del humor (supuesto a) por lo que el resto de los análisis se realizan con la variable cumplimiento como predictora de alegría y mal humor, las dos dimensiones que resultaron ser

afectadas por la variable cumplimiento. Primero se realizaron análisis de regresión para verificar si actitud es mediadora entre cumplimiento y humor. Posteriormente fueron realizados los mismos análisis para ansiedad. La Tabla 24 muestra los modelos que resultaron significativos en la verificación de la mediación de actitud entre cumplimiento y alegría al finalizar la intervención.

Tabla 24

Resumen del análisis de regresión para actitud como mediadora entre cumplimiento y alegría

	Variable Independiente	Variable Dependiente	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
^a 1	Cumplimiento	Alegría	.51	.17	.55	2.95	.008
^b 2	Cumplimiento	Actitud	.47	.00	.73	4.78	.001
^c 3	Actitud	Alegría	.95	.24	.66	3.98	.001
^a 4	Cumplimiento	Alegría	.13	.23	.14	.56	.576
	Actitud		.81	.35	.56	2.26	.036
^a $F_{(1,20)} = 8.75; p = .008; R^2 = .270$			^c $F_{(1,20)} = 15.88; p = .001; R^2 = .415$				
^b $F_{(1,20)} = 22.84; p = .001; R^2 = .510$			^d $F_{(2,19)} = 7.83; p = .003; R^2 = .394$				

El primer supuesto se cumple para la variable predictora cumplimiento de tareas sobre la variable resultado alegría ($B = .51; p = .008$). Lo que significa que el cumplimiento de las tareas que las cuidadoras realizaron durante la intervención afecta el mejoramiento del estado de humor alegría. Como segundo paso se introdujo cumplimiento como variable independiente sobre actitud como variable dependiente. El análisis muestra la relación entre la variable predictora cumplimiento y las supuestas mediadoras actitud ($B = 0.47; p < .001$). El cumplimiento de tareas durante la intervención afecta el mejoramiento de la actitud hacia el cuidado.