

PSICOTERAPIA GRUPAL BREVE EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

BRIEF GROUP PSYCHOTHERAPY TO REDUCE ANXIETY IN PRIMARY CAREGIVERS OF CANCER PATIENTS

Vivian Tamara Rivera Mora, Universidad de Panamá. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y Clínica Psicológica, Panamá. E-mail: psicovidapty@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2793-0825>

DOI <https://doi.org/10.48204/red.v2n2.4007>

Recibido: 2 de marzo de 2023

Aceptado: 17 de abril de 2023

RESUMEN

Esta investigación se aplicó a familiares de pacientes con cáncer del Instituto Oncológico Nacional que ejercen el rol de cuidador primario y presentaron altos niveles de ansiedad como consecuencia de su rol; con el objetivo de determinar la efectividad de un tratamiento psicoterapéutico grupal en dicha población. La investigación se basó en la hipótesis de que los cuidadores primarios que presentan altos niveles de ansiedad asociados al rol y participan en una Intervención Psicoterapéutica Grupal Breve con enfoque Cognitivo Conductual, disminuirán los altos niveles de ansiedad al concluir la intervención. Se escogió un diseño de investigación cuasi experimental con preprueba/postprueba que se aplicó al grupo experimental y al grupo control. Las variables se dividieron en independiente (Terapia Racional Emotiva Conductual) y dependiente (altos niveles de ansiedad). Se creó un formulario digital para registrar a las personas, se realizó entrevista clínica virtual para evaluar y obtener información relevante, se aplicó pruebas psicométricas para determinar el nivel de ansiedad y posibles psicopatologías; se firmó el consentimiento informado. Se registraron 31 personas y 12 cumplieron con los requisitos. Terminada la psicoterapia al grupo experimental, se colocó la postprueba a ambos grupos e inicio la intervención al grupo control cuyos datos no se incluirán en este trabajo. La Prueba t de Student no comprobó la hipótesis estadística, aunque cualitativamente se pudo observar cambios en algunas de las personas participantes.

Palabras clave: Psicoterapia racional emotiva conductual; ansiedad; cuidador primario.

ABSTRACT

This research was applied to family members of cancer patients from the Instituto Oncológico Nacional who fulfill the role of primary caregiver and presented high levels of anxiety as a consequence of their role; with the objective of determining the effectiveness of a psychotherapeutic group treatment in said population.

The research was based on the hypothesis that primary caregivers who present high levels of Anxiety associated with the role and participate in a Brief Group Psychotherapeutic Intervention with a Cognitive Behavioral approach, will reduce the high levels of Anxiety at the end of the intervention. A quasi-experimental research design with pre-test / post-test was chosen and applied to the experimental group and the control group. The variables were divided into independent (Rational Emotive Behavioral Therapy) and dependent (high levels of anxiety).

A digital form was created to register people, a virtual clinical interview was carried out to evaluate and obtain relevant information, psychometric tests were applied to determine the level of anxiety and possible psychopathologies; informed consent was signed. 31 people registered and 12 met the requirements.

Once psychotherapy was completed for the experimental group, the post-test was placed on both groups, and the intervention began on the control group whose data will not be included in this document.

The Student's t-test did not prove the statistical hypothesis, although qualitative changes could be observed in some of the participants.

Keywords: Rational emotive behavioral psychotherapy, anxiety, primary caregiver.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en Panamá los casos de cáncer han ido en aumento, según el Informe Anual del Registro Hospitalario de Cáncer 2019 del Instituto Oncológico Nacional (ION), evidencia que se diagnosticó 8,318 nuevos casos de cáncer. Sin mencionar que, a pesar de que existe

una mayor incidencia en personas mayores de 50 años de edad, no implica que no se presente en edades anteriores, lo que también hemos podido ver que cada vez se diagnostica en personas más jóvenes.

Cuando una persona es diagnosticada con cáncer, además del paciente, la familia sufre una serie de cambios afectando significativamente a cada integrante en niveles diferentes, cayendo el mayor peso en el cuidador primario del paciente.

El cuidador primario tiende a entregar la mayor parte de su tiempo, recursos y esfuerzos en cuidar a aquella persona a quien ama, en ocasiones termina asumiendo las responsabilidades que en su momento desempeñaba la persona ahora enferma, desencadenando que esta persona (cuidadora) presente: sueño constante, dolor, cansancio, presión alta, frustración, irritabilidad, sentimientos de culpa, susceptibilidad especialmente ante las críticas, incertidumbre, etcétera. Esta situación ocasiona que el cuidador no pueda proveer del cuidado amoroso, responsable y de calidad que se merece cualquier paciente con cáncer.

Por esta razón, la importancia de que aparte del paciente, también se le brinde atención psicológica a aquella persona que indirectamente se ve afectada al hacerse cargo de las nuevas responsabilidades que surgen después de un diagnóstico de cáncer.

Ofrecer atención de salud mental al cuidador primario, tiene como finalidad el proporcionar herramientas psicológicas para continuar el cuidado del paciente, sin descuidar su propia salud mental y así preservar su calidad de vida.

En la presente investigación se abordan los conceptos básicos de los temas y criterios clínicos a tratar, y la efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en la disminución de los niveles altos de ansiedad como consecuencia de ejercer su rol de cuidador primario en relación al paciente diagnosticado con cáncer en la República de Panamá.

Se espera que el trabajo realizado sirva para futuras investigaciones, se reconozca la importancia de cuidar la salud mental de las personas que desempeñan el rol de cuidador primario de pacientes diagnosticados con cáncer

Materiales y métodos

Se utilizó un diseño cuasiexperimental, y la prueba estadística t de Student para muestras relacionadas que comprobó las dos medidas muestrales que se extrajeron a partir de una población de distribución normal. El nivel de significancia utilizado fue de 0.05. En términos de probabilidad 0.95 y 0.05, respectivamente está asociado a la verificación de una hipótesis, así mismo es una probabilidad de tomar una decisión de rechazar una hipótesis nula.

Se estableció un grupo experimental (GE) y otro control (GC). Se aplicó preprueba al grupo experimental y al grupo control. Se dividió intencionalmente para considerar listos los grupos y aplicar la variable independiente. Una vez se aplicó la prueba, solo el grupo experimental

fue sometido al tratamiento. Terminado la aplicación del tratamiento al grupo experimental se llevó a cabo la postprueba a ambos grupos (experimental y control)

Instrumentos

Hoja de Registro para Participantes Interesados en la Terapia: tiene como finalidad obtener información de personas que voluntariamente desean participar en una intervención de Terapia Grupal Breve enfocada al cuidador primario de pacientes con cáncer, que presenten rasgos de ansiedad asociados al rol de cuidador.

Entrevista Clínica: la entrevista es en gran medida el instrumento más empleado en la Psicología Clínica. Tiene una función muy importante en muchas formas de tratamiento psicológico y, como se ha visto, es un componente principal de la evaluación clínica que precede, acompaña y sigue al tratamiento. (Bernstein & Nietzel, 1982)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

Escala de Desesperanza de Beck o Beck Hopelessness Scale (BHS): Por medio de esta escala se determina las expectativas negativas que tenga una persona sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad de para afrontar las dificultades de forma positiva y el éxito en su vida. Se utilizó como filtro para descartar posibles síntomas de depresión.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory: mide la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout; Se distribuye en tres escalas denominadas: realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización.

Identificación de Ideas Irracionales: cuestionario que tiene por objetivo identificar las ideas irracionales que tiene la persona, y que inconscientemente contribuyen a incrementar su nivel de estrés y en consecuencia vivenciar emociones negativas.

Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis: evalúa patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como en diagnóstico clínico. Se utilizó como filtro para descartar psicopatologías de relevancia.

Test de Matrices Progresivas de Raven: Es un test para estimar la capacidad intelectual. Se utilizó como filtro para personas descartar a personas con un nivel intelectual bajo.

Escala de Síntomas a Tratar: escala que mide la incomodidad de los sujetos para darle una puntuación a la evolución de la sintomatología de cada persona, siendo 5=máxima incomodidad y 0= sin incomodidad, según describa cada escena. Esta escala se contestó inmediatamente después de terminada cada sesión y fue elaborada por la investigadora según los resultados de las pruebas psicológicas antes mencionada.

Población

La población contó con 31 personas que son familiares y cuidadores primarios de pacientes del Instituto Oncológico Nacional (ION), quienes voluntariamente se inscribieron para participar en la investigación.

La muestra estuvo compuesta por 12 cuidadores primarios (11 mujeres y un hombre) quienes cumplieron con los criterios de inclusión para la investigación.

Intervención

Se realizó una intervención psicoterapéutica grupal breve con enfoque cognitivo, específicamente la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) que constó de 10 sesiones virtuales (a distancia) de 2 horas cada una para reducir o eliminar los altos niveles de ansiedad como consecuencia de ser cuidador primario de un paciente oncológico

Resultados y Discusión

Luego de haber descrito los resultados y elaborado la comparación entre el grupo experimental (recibió el tratamiento) y el grupo control, se concluyó que la intervención no resultó estadísticamente significativa. Sin embargo, es propicio mencionar que tal como mencionó Rose y Hara (2006), las personas que se les asignaba el rol de cuidador primario eran quienes vivían con el paciente.

En este estudio las mujeres representaron el 97% de cuidador primario, lo que se asemeja a la información obtenida de la encuesta CIEPS (2019) que señalaba que las mujeres

representan el 70.6% de las personas que se hacen cargo del cuidado de personas adultas y de enfermos.

Durante las sesiones terapéuticas se logró universalidad de la vivencia, cohesión grupal, catarsis y obtención de información relevante, que es acorde a lo mencionado por Yalom (2005)

Los resultados de dos de los participantes del grupo experimental no fueron los esperados en algunas pruebas, diferencia de las otras tres personas, quienes lograron cambios a beneficio de su salud mental.

Según los datos obtenidos mediante el Registro para participar en Terapia Psicológica Grupal y la Entrevista Psicológica dirigida a cada participante de la investigación realizada, se observó que mientras menos tiempo tiene como cuidador primario el apoyo recibido es mayor que las personas que llevan ejerciendo el rol por más de dos años (ver Figura 1: Datos obtenidos en la entrevista clínica).

En relación a los resultados del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory mostraron algunos cambios positivos (ver Figura 10), en el grupo experimental, en especial en el área de Realización Personal (ver Figura 11) donde hubo un aumento en esta área y en otros casos se mantuvieron a un nivel adecuado, a diferencia del grupo control en donde se evidenció una disminución o se mantuvo un nivel bajo.

Se pudo observar que, en los resultados del Cuestionario de Identificación de Ideas Irracionales, las principales correspondían a: “se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa” y “la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido”, revelando la reducción de esta idea irracional del grupo experimental (ver tabla 12), el cual dista de los resultados que obtuvo el grupo control (ver tabla 13).

De acuerdo con la comparación pretest-posttest de la Escala de Desesperanza de Beck del grupo experimental (ver Figura 8), se demostró una reducción en la sintomatología en excepción de un participante. En el caso del grupo experimental, los resultados mostraron un aumento (negativo) o continuaron con un resultado que amerita intervención terapéutica, sin embargo, se presentó un caso que se mantuvo constante y adecuado (ver Figura 9).

En el caso del Inventario de Ansiedad de Beck de manera general se reflejó un cambio positivo en el grupo experimental exceptuando dos participantes (ver tabla 6), mientras que el grupo control difirió al anterior manteniendo los mismos resultados o aumentando los niveles de ansiedad, excluyendo un caso particular (ver Figura 7).

Es importante destacar que, al ser una muestra aleatoria, la división de los grupos fue al azar, por esta razón se puede observar repetidamente que el grupo experimental presentaba mayor psicopatología que el grupo control, apreciándose mejor en la tabla 16 cuyas diferencias (sumadas) en el pre-test entre los grupos es de 31, mientras que en el posttest la diferencia (sumadas) quedó en 5 (ver Figura 17). Esto quiere decir que desde el pretest ya existía una diferencia significativa entre los grupos en desventaja al grupo experimental, y el hecho de

haber logrado bajar los niveles psicopatológicos del grupo experimental, casi igual al control, aunque no se evidencia un cambio estadístico positivo, se presentó cambios cualitativos de los resultados, por ejemplo, en el Cuestionario de Maslach de Burnout Inventory en las áreas de despersonalización y realización personal (ver tabla 3), como en el test de las creencias irracionales donde se puede observar racionalización en creencias como: “El pasado tiene más influencia en la determinación del presente” o “la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido”. (ver Figura 5)

Se incluyó un análisis independiente de los dos casos del grupo experimental que fueron resultados de factores ambientales, sociales y económicos; es necesario mencionar que se omitió el análisis del resultado de la persona participante, el cual fue distinto dentro del grupo al que pertenecía (grupo control), pues no se le realizó otra intervención que fuera de ayuda para realizar una adecuada inferencia, ya que su única función era de comparación estadística.

Limitantes

En la investigación se presentaron algunas limitantes que son importantes mencionar, estas fueron:

- Algunos participantes no pudieron asistir al pretest, por lo que se le cambió la fecha y lugar, pero en un caso particular se tuvo que realizar virtual, lo que posiblemente influyó en los primeros resultados.
- Falla en el Internet de algunos participantes en las sesiones.
- En las tres últimas sesiones un participante se le presentó un inconveniente con una institución del gobierno que, aunque tenía relación con el paciente, no la tenía directamente con el cuidador del paciente, pero fue un factor estresante relevante en el aspecto socioeconómico.

CONCLUSIONES

Las personas que participaron en esta investigación, presentaron altos niveles de ansiedad debido al rol que ejercían como cuidadores primarios.

Se diseñó un programa de intervención psicoterapéutica que ayudó a disminuir o eliminar los altos niveles de ansiedad y modificar las ideas irracionales, promoviendo el cuidado de su salud mental.

Las características de cada participante no fueron variables que intervinieron en los resultados del tratamiento, pero sí lo fue el factor ambiental, social y económico, ya que hubo dos participantes que no evidenciaron mejoría; en el primer caso aumentó su nivel de ansiedad, mientras que el otro se mantuvo. En ambos, hubo factores externos que interfirieron

en los resultados finales tales como: ambos llevaban poco tiempo ejerciendo el rol de cuidador primario, en uno de los casos el apoyo recibido era escaso y en el otro se suma la dificultad en el uso de los medios tecnológicos.

Es conveniente mencionar que, el factor que influyó negativamente en los resultados del primer caso fue la evaluación inicial que corresponde a un factor ambiental y las barreras de comunicación que se presentaron por el uso tecnológico al evaluar; en el segundo se debió a factores externos de nivel social y económico que en las últimas dos semanas afectó considerablemente a uno de los participantes, impidiendo que lograra los resultados esperados; En el caso mencionado, el participante mostró evoluciones positivas en cada sesión, deteniéndose los avances en el último momento por factores que no tenían relación con el rol de cuidador primario.

La efectividad del tratamiento psicoterapéutico grupal en personas adultas que presentaron altos niveles de ansiedad no se pudo comprobar estadísticamente, pero sí a nivel cualitativo, por eso se realizó un análisis individual.

Según la *t* de Student no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest del Inventario de Ansiedad de Beck, del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, Cuestionario de Ideas Irracionales, de la Escala de Desesperanza de Beck y del Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis del grupo experimental y Grupo Control.

En los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck se constató que la intervención terapéutica redujo la sintomatología en 3 de los 5 sujetos del grupo experimental; Dos de ellos bajaron dos diagnósticos y uno bajó uno (ver tabla 2) mientras que los sujetos del grupo control 4 de los 5 sujetos presentaron altos niveles de ansiedad, de los cuales 3 subieron de diagnóstico y el último mantuvo el mismo nivel diagnóstico en el pretest como en el postest.

De acuerdo con la comparación pretest-postest de la Escala de Desesperanza de Beck la diferencia entre ambos es variada, que podría deberse a que la intervención no fue dirigida a reducir los síntomas de depresión.

En esta línea de comparación de grupos del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, 4 de los 5 sujetos del grupo experimental mostraron algunos cambios positivos en la Dimensión: Cansancio Emocional & Despersonalización (Figura 10) y en cuadro de realización personal (ver Figura 11), aunque haya variabilidad estadística (menor, igual o mayor) los resultados de todo el grupo fue satisfactoria en el postest, a diferencia del grupo control en donde se mantuvieron altos niveles de burnout y baja realización personal (ver Figura 4)

Se pudo observar que, en los resultados del Cuestionario de Identificación de Ideas Irracionales reveló la reducción de ideas irracionales del grupo experimental (ver tabla 12), el cual dista de los resultados que obtuvo el grupo control con un desmejoramiento (ver Figura 13).

Finalmente, en el Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis se apreció disminución de los síntomas psicopatológicos en 4 de los 5 sujetos del grupo experimental (ver Figura 14), en comparación del grupo control quienes no tenían presencia de psicopatología en el pretest, pero en el postest dos sujetos del grupo control presentaron psicopatología (Figura 15).

Aunque estadísticamente no hubo diferencia significativa, individualmente se pudo apreciar cambios relevantes en los niveles de ansiedad y creencias irracionales que son necesarios seguir siendo evaluados en futuras investigaciones.

RECOMENDACIONES

- Brindar seguimiento por parte de psicología a las personas que cumplen el rol de cuidador primario, principalmente en el primer año tomando en cuenta la psicoeducación de la condición médica del o la paciente.
- Identificar y buscar estrategias para aquellas personas que tienden a asumir toda la responsabilidad del cuidado del paciente con el apoyo de Trabajo Social, con el fin de que otros miembros de la familia puedan ayudarles, disminuyendo así el desgaste físico y psicológico del cuidador primario.
- Brindar Psicoeducación al paciente y a sus cuidadores primarios en la protección y cuidado de la Salud Mental.
- Enseñar a identificar las alarmas físicas y psicológicas que indican un desgaste en su salud mental.
- Establecer las alternativas de apoyo que ofrecen el personal de Salud Mental y Trabajo Social en entidades gubernamentales, privadas y organizaciones sin fines de lucro.
- Crear grupos de apoyo y autoayuda para familiares que se encargan del cuidado y apoyo constante de pacientes con diagnóstico de cáncer.
- Realizar psicoterapias grupales que permitan acompañar a la persona encargada del cuidado del paciente en los diferentes procesos clínicos: inicio de la enfermedad, cambio de diagnóstico por extensión del tumor y posible muerte del paciente.

A pesar de que la investigación se realizó con cuidadores cuyos familiares son pacientes del ION, las realidades presentadas pueden asemejarse a las esperadas en la Caja del Seguro Social, clínicas y hospitales privados, con sus variables a nivel socioeconómico u otras, por lo que las recomendaciones son de utilidad para todas estas entidades, beneficiando a las familias de pacientes con cáncer a nivel nacional.

FIGURAS

Figura 1

Datos obtenidos en la Entrevista Clínica

Nº	Nivel de ansiedad ^a	Vive con paciente	Tiempo cuidado	Etapa de cáncer ^b	Tiene apoyo	Nivel de apoyo
1	V	Sí	7 meses	-	No	Poco
2	II	Sí	5 años	E IV	No	Poco
3	I	No	3 meses	-	Sí	Adecuado
4	III	Sí	1 a 2 m	-	Sí	Adecuado
5	I	No	3 años	E I	No	Ninguno
6	I	Sí	1 a 7 m	E IV	Sí	Adecuado
7	II	Sí	4 años	-	Sí	Regular
8	I	Sí	2 años	E II	Sí	Regular
Nº	Nivel de ansiedad ^a	Vive con paciente	Tiempo cuidado	Etapa de cáncer ^b	Tiene apoyo	Nivel de apoyo
9	IV	Sí	10 m	E IV	No	Ninguna
10	I	Sí	1 año	-	Sí	Adecuado
11	II	Sí	1 año	E IV	Sí	Poco
12	IV	Sí	4 años	E I	Sí	Poco

Nota. ^a Niveles de ansiedad: normal (I), leve perturbación del estado de ánimo (II), estados de ansiedad intermitente (III), ansiedad moderada (IV), ansiedad grave (V) y ansiedad extrema (VI).

^b Etapa de cáncer se según invasión: tumor pequeño sin penetración a la capa mucosa (E I), tumor dentro de la pared muscular (E II), tumor afecta los ganglios linfáticos cercanos (E III) y el cáncer se ha diseminado a órganos lejanos (E IV). Los espacios en blanco en la fila de Etapa de cáncer indica que la persona desconoce la etapa del diagnóstico del paciente.

Figura 2

Resultados del Pre-test y Post-test del BAI del GE

Sujeto	Pre-Test		Post-Test	
	Puntaje	Resultado	Puntaje	Resultado
1	31 puntos	Ansiedad grave	17 puntos	Estados de ansiedad intermitentes
2	11 puntos	Leve perturbación del estado de ánimo	3 puntos	Normal
3	18 puntos	Estados de ansiedad intermitente	8 puntos	Normal
4	24 puntos	Ansiedad moderada	26 puntos	Ansiedad moderada
5	10 puntos	Normal	24 puntos	Ansiedad moderada

Nota. En la tabla se observa que en tres participantes la puntuación bajó y el diagnóstico cambió en el post-test. En otro participante subió su puntaje en el post-test, pero se mantuvo el mismo diagnóstico, y en el restante el puntaje aumentó y el diagnóstico cambió de normal a ansiedad moderada.

Figura 3

Pre-test y Post-test del Cuestionario de Maslach *del GE*

Sujeto	Dimensión	Pre-Test	Post-Test
1	Cansancio Emocional ^a	42 puntos	46 puntos
	Despersonalización ^b	17 puntos	9 puntos
	Realización Personal ^c	33 puntos	37 puntos
2	Cansancio Emocional	51 puntos	37 puntos
	Despersonalización ^b	7 puntos	0 puntos
	Realización Personal	32 puntos	41 puntos
3	Cansancio Emocional ^a	45 puntos	36 puntos
	Despersonalización ^b	6 puntos	5 puntos
	Realización Personal ^c	41 puntos	40 puntos
Sujeto	Dimensión	Pre-Test	Post-Test
4	Cansancio Emocional ^a	49 puntos	41 puntos
	Despersonalización ^b	7 puntos	14 puntos
	Realización Personal ^c	47 puntos	45 puntos
5	Cansancio Emocional ^a	0 puntos	2 puntos
	Despersonalización ^b	0 puntos	0 puntos
	Realización Personal ^c	48 puntos	42 puntos

Nota. El Cuestionario de Maslach Burnout Inventory cuenta con tres subescalas: ^aCansancio Emocional que se divide en bajo (0-18 puntos), medio (19-26 puntos) y alto (27 a 54 puntos); ^bDespersonalización que se divide en bajo (0-5 puntos), medio (6-9 puntos) y alto (10-30); y ^cRealización Personal que se divide en bajo (0-33 puntos), medio (34-39 puntos) y alto (40-56).

Figura 4

Pre-test y Post-test del Cuestionario de Maslach del GC

Sujeto	Dimensión	Pre-Test	Post-Test
1	Cansancio Emocional ^a	24 puntos	25 puntos
	Despersonalización ^b	2 puntos	1 puntos
	Realización Personal ^c	27 puntos	24 puntos
2	Cansancio Emocional ^a	8 puntos	1 puntos
	Despersonalización ^b	4 puntos	0 puntos
	Realización Personal ^c	35 puntos	13 puntos
3	Cansancio Emocional ^a	31 puntos	33 puntos
	Despersonalización ^b	15 puntos	14 puntos
	Realización Personal ^c	26 puntos	34 puntos
4	Cansancio Emocional ^a	14 puntos	9 puntos
	Despersonalización ^b	2 puntos	4 puntos
	Realización Personal ^c	44 puntos	46 puntos
5	Cansancio Emocional ^a	49 puntos	48 puntos
	Despersonalización ^b	18 puntos	22 puntos
	Realización Personal ^c	28 puntos	33 puntos

Nota. El Cuestionario de Maslach Burnout Inventory cuenta con tres subescalas: ^aCansancio Emocional que se divide en bajo (0-18 puntos), medio (19-26 puntos) y alto (27 a 54 puntos); ^bDespersonalización que se divide en bajo (0-5 puntos), medio (6-9 puntos) y alto (10-30); y ^cRealización Personal que se divide en bajo (0-33 puntos), medio (34-39 puntos) y alto (40-56)

Figura 5

Pre-test y Post-test de Ideas Irracionales del GE

Creencia Irracional	Sujeto 1		Sujeto 2		Sujeto 3		Sujeto 4		Sujeto 5	
	Pre	Post								
No. 1 ^a	8	8	3	2	5	5	1	2	4	3
No. 2 ^b	6	6	3	4	6	5	4	4	6	5
No. 3 ^c	1	1	5	7	5	3	4	5	2	3
No. 4 ^d	6	4	2	2	3	3	3	5	5	5
No. 5 ^e	4	2	4	3	5	6	1	1	5	4
No. 6 ^f	8	9	5	1	8	8	1	2	8	6
No. 7 ^g	6	3	7	6	6	6	1	2	4	5
No. 8 ^h	6	6	6	4	6	7	2	3	3	3
No. 9 ⁱ	3	2	0	4	5	3	5	3	8	3
No. 10 ^j	8	8	7	7	7	6	5	3	7	7

Nota. ^aPara un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos. ^bDebe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende. ^cCiertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas. ^dEs horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran. ^eLos acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus emociones. ^fSe debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa. ^gEs más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente. ^hSe necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo. ⁱEl pasado tiene más influencia en la determinación del presente. ^jLa felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido. Los resultados con menos de 5 se refieren a Creencias Racionales, 5 o 6 puntos es indicativo de una Creencia Irracional que limita en determinadas circunstancias, mientras que 7 o más puntos, indica una Creencia Irracional limitante en muchas áreas de su vida.

Figura 6

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del BAI del GE

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	31	17	14
2	11	3	8
3	18	8	10
4	24	26	-2
5	10	24	-14

Nota. La tabla muestra una diferencia de -2 en el sujeto 4, pero esta no implica cambio de diagnóstico desfavorable o positivo, mientras que en el sujeto 5 la diferencia es de -14 cambiando el diagnóstico.

Figura 7

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del BAI del GC

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	19	30	-11
2	2	2	0
3	11	11	0
4	10	13	-3
5	21	17	4

Nota. La tabla muestra que, de las cinco personas participantes solo una dio un puntaje positivo como diferencia entre el pre-test y el post-test.

Figura 8

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del BHS del GE

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	38	19	19
2	17	3	14
3	38	22	16
4	12	11	1
5	15	19	-4

Nota. La tabla muestra que, de las cinco personas participantes, solo una puntuó más alto en el post-test.

Figura 9

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del BHS del GC

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	17	39	-22
2	2	2	0
3	24	19	5
4	24	23	1
5	27	20	7

Nota. La tabla muestra que una de las personas participantes aumentó su sintomatología con una diferencia de -22; tres disminuyeron sus síntomas y una no presentó cambio alguno.

Figura 10

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del Maslach del GE

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas

Dimensión: Cansancio Emocional & Despersonalización

Sujeto	Dimensión	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	Cansancio Emocional & Despersonalización	59	55	4
2	Cansancio Emocional & Despersonalización	58	37	21
3	Cansancio Emocional & Despersonalización	51	41	10
4	Cansancio Emocional & Despersonalización	56	55	1
5	Cansancio Emocional & Despersonalización	0	2	-2

Nota. Aunque en la diferencia del sujeto 5 dio como resultado -2, no implica desmejoramiento en el área o cambio de diagnóstico.

Figura 11

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del Maslach del GE

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas

Dimensión: Realización Personal

Sujeto	Dimensión	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	Realización Personal	33	37	4
2	Realización Personal	32	41	9
3	Realización Personal	41	40	-1
4	Realización Personal	47	45	-2
5Figi	Realización Personal	48	42	-6

Nota: En este cuadro se puede observar la presencia de tres diferencias negativas, pero en este caso no es indicativo de pérdida, pues según los valores de referencia las personas se mantienen en el rango alto de realización personal

Figura 12

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas de Ideas Irracionales del GE

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	56	49	7
2	42	40	2
3	56	52	4
4	27	30	-3
5	52	44	8

Nota: En este cuadro se puede observar que el sujeto 4 tiene una diferencia de -3, esta diferencia no cambia el valor de interpretación final

Figura 13

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas de los Resultados de Ideas Irracionales del GC

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	55	64	-9
2	40	46	-6
3	48	38	10
4	47	49	-2
5	40	39	1

Nota: En este cuadro se puede observar que el sujeto 3 tiene una diferencia de 10.

Figura 14

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del SCL-90-R del GE

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas			
Índice de Severidad Global (IGS)			
Sujeto	Pre-test	Pos-test	Diferencia
1	80	65	15
2	45	30	15
3	65	30	35
4	40	45	-5
5	50	50	0

Nota: En este cuadro se puede observar que el sujeto 4 tiene una diferencia de -5, pero no cambia el diagnóstico final comparando el pre-test con el post-test.

Figura 15

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas del SCL-90-R del GC

Prueba t de Student para Muestras Relacionadas Índice de Severidad Global (IGS)			
Sujeto	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	50	65	-15
2	30	35	-5
3	50	45	5
4	50	63	-13
5	55	50	5

Nota: Los sujetos 1 y 4 presentaron psicopatología en el post-test; mientras que los sujetos 2, 3, 5 se mantuvieron ausentes de psicopatología en ambos test.

Figura 16

Muestras Diferenciadas Pre-Test de BAI

Prueba t de Student para muestras diferenciadas				
Sujeto	G.E.	Sujeto	G.C.	Diferencia
1	31	1	19	12
2	11	2	2	9
3	18	3	11	7
4	24	4	10	14
5	10	5	21	-11

Nota: Las diferencias entre los grupos son variadas, siendo el puntaje del grupo experimental mayor que el del grupo control

Figura 17

Muestras Diferenciadas Post-Test de BAI

Prueba t de Student para muestras diferenciadas				
Sujeto	G.E.	Sujeto	G.C.	Diferencia
1	17	1	30	-13
2	3	2	2	1
3	8	3	11	-3
4	26	4	13	13
5	24	5	17	7

Nota: Las diferencias entre los grupos son variadas, siendo el puntaje del grupo experimental mayor que el del grupo control.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Cancer Society. (16 de febrero de 2020). *Tratamiento y apoyo*. Obtenido de <https://www.cancer.org/es/tratamiento.html>
- American Psychiatric Association. (2018). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5 ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Barrón Ramírez, B. S., & Alvarado Aguilar, S. (2009). Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Instituto Nacional de Cancerología de México*, 39-46. Obtenido de <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>
- Bernstein, D. A., & Nietzel, M. T. (1982). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill.
- Campo Redondo, M. S. (agosto de 2004). Epistemología y Psicoterapia. *Redalyc*, 20(44), pp. 120-137. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/310/31004407.pdf>
- Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales AIP - Panamá. (25 de noviembre de 2020). *CIEPS*. Obtenido de <https://cieps.org.pa/la-desigualdad-vista-desde-la-economia-de-los-cuidados-en-panama/>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Clínica de la Ansiedad. (s.f.). *¿Cuáles son los síntomas de ansiedad?* Recuperado el 2021, de Clínica de la Ansiedad: <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/cuales-son-los-sintomas-de-la-ansiedad/>
- Cruzado Rodríguez, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en el paciente con cáncer*. Madrid: Síntesis S.A.
- Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la Terapia de Grupo*. México D.F.: Editorial Pax México.
- Echeverri Tobón, H. (2018). *Morir sin miedo y sin dolor: Una guía para acompañar al paciente terminal*. Bogotá: Nomos, S.A.
- Espinosa Gil, R. M., Campillo Cascales, M. J., Garriga Puerto, A., & Martín García-Sancho, J. C. (2015). Psicoterapia grupal en duelo. Experiencia de la psicología clínica en Atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 383-386.
- Estadístico, E. T. (2021). *Prueba t de Student [PARA MUESTRAS RELACIONADAS] en Excel 2019*. Obtenido de Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=e8WZbDReQm8>

- Expósito Concepción, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de Pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.
- Ferreira-Santos, E. (2013). Psicoterapia breve. Abordagem sistematizada de situações de crise. São Paulo: Editorial Ágora.
- Fiorini, H. J. (1982). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Gempp Fuentealba, R., & Avendaño Bravo, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 39-58.
- González Nuñez, J. J. (1999). Psicoterapia de Grupos: Teoría y técnicas a partir de diferentes escuelas psicológicas. México D.F.: El manual moderno.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación científica. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill Education.
- Instituto Nacional de Cancerología de México. (22 de julio de 2019). *El síndrome de desgaste del cuidador primario*. Obtenido de Infocáncer Médico: <https://www.infocancer.org.mx/>
- Instituto Oncológico Nacional. (2019). *Registro Hospitalario de Cáncer*. Panamá.
- La Segunda Online. (22 de marzo de 2011). *¿Qué es el Síndrome del Cuidador?* Obtenido de <http://www.lasegunda.com/Noticias/Buena-Vida/2011/03/634724/Que-es-el-sindrome-del-cuidador>
- Manso Pinto, J. F. (2006). Confiabilidad y validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey en una muestra de asistentes sociales chilenos. *Psicología Científica*.
- Martínez-González, A. E., & Piqueras-Rodríguez, J. A. (2010). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional. *Rev Neurol* 2010; 50 (3): , 167-178. doi:<https://doi.org/10.33588/rn.5003.2009195>
- Morga Rodríguez, L. E. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. Tlalnepantla, México: Red Tercer Milenio, S.C.
- Obst Camerini, J. A. (2008). *La terapia cognitiva integrada y actualizada*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (26 de julio de 2019). *Cáncer*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

- Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K., Bravo Calderón, M. A., & Martínez Medina, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Elsevier*, 181-187.
- Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., & López Palomar, M. d. (2015). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory-General Survey en ocho países Latinoamericanos. *Ciencia & trabajo*.
- Ramos Torio, R., Alemán Déniz, J. M., Ferrer Román, C., Miguel González, G., Prieto Cabras, V., & Rico Ferrán, C. (2013). *Guía para la práctica de la Telepsicología*. España: Consejo General de la Psicología.
- Rose, S., & Hara, R. (2006). *Los cuidados a los amigos y familiares con cáncer*. Estados Unidos: Jones and Bartlett Publishers International.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 303-318.
- Velasco Ramírez, J. F., Grijalva, M. G., & Pedraza Avilés, A. G. (2015). Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. *Medicina Paliativa*, 22(4), 146-151. doi:10.1016/j.medipa.2015.01.001
- Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Yalom, I. (2008). *Mirar al sol: La superación del miedo a la muerte*. Buenos Aires: Planeta S.A.I.C.
- Yalom, I. D., & Vinogradov, S. (2005). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Barcelona: Paidós.