



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

**Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Psicología**

**“Intervención Cognitivo-Conductual-Contextual para
promover la calidad y estilo de vida de los cuidadores
primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19”**

T E S I S

**Que para obtener el grado académico de:
Maestro en Psicología de la Salud**

**Presenta:
Jared Ramos García**

**Directora de Tesis:
Dra. Norma Angélica Ortega Andrade**

**Co-Director de Tesis:
Dr. Sergio Galán Cuevas**

**Miembros del Comité:
Dra. Dayana Luna Reyes
Dra. Claudia Margarita González Fragoso
Dr. Alejandro León Maldonado**

Pachuca de Soto, Hgo. enero de 2026

Este proyecto de investigación se realizó con el apoyo de la Secretaría de Ciencias, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) encargados de promover el avance de la investigación científica, bajo el proyecto denominado "Intervención Cognitivo-Conductual-Contextual para promover la calidad y estilo de vida de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19", del programa 006221- Maestría en Psicología de la Salud y número de CVU 1182868 bajo la responsabilidad de la Dra. Norma Angélica Ortega Andrade y la revisión del Dr. Sergio Galán Cuevas, Dra. Dayana Luna Reyes, Dra. Claudia Margarita González Fragoso y Dr. Alejandro León Maldonado, como parte del cuerpo académico Salud Emocional (UAEH-ICSA) de la Maestría en psicología de la Salud orientada a la investigación con número de cuenta 244422.



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Psicología

Department of Psychology

29 de enero de 2026

ICSa/MPS/020/2026

Asunto: Autorización de impresión de tesis

MTRA. OJUKY DEL ROCÍO ISLAS MALDONADO DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR PRESENTE

El Comité Tutorial de la tesis titulada: *Intervención Cognitivo-Conductual-Contextual para promover la calidad y estilo de vida de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19*, realizada por el sustentante: Jared Ramos García, con número de cuenta: 244422, estudiante del programa de posgrado de Maestría en Psicología de la Salud, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado tiene a bien extender la presente:

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que el sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente.

Atentamente

"Amor, Orden y Progreso"

Pachuca de Soto, Hidalgo a 29 de enero de 2026

El Comité Tutorial

DIRECTOR	Dra. Norma Angélica Ortega Andrade
CO-DIRECTOR	Dr. Sergio Galán Cuevas
MIEMBRO DEL COMITÉ	Dra. Claudia Margarita González Fragosó
MIEMBRO DEL COMITÉ	Dra. Dayana Luna Reyes
MIEMBRO DEL COMITÉ	Dr. Alejandro León Maldonado

C.c.p. Archivo
JAHV/JEJC/AIVO/RMEGS



Circuito ex-Hacienda la Concepción s/n Carretera
Pachuca Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo,
México. C.P.42174
Teléfono: 52(771)7172000 Ext. 41531 y 41550
psicologia@uaeh.edu.mx

"Amor, Orden y Progreso"



2025



uaeh.edu.mx

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis representa el cierre de una etapa formativa exigente y significativa, que no habría sido posible sin el acompañamiento, la guía y el apoyo de personas e instituciones que dejaron una huella importante a lo largo de este proceso.

En primer lugar, expreso mi más sincero agradecimiento a la Dra. Norma Angélica Ortega Andrade, por su constancia, paciencia y acompañamiento continuo durante todo el desarrollo de esta investigación. Su orientación académica, su disposición permanente y su compromiso fueron fundamentales para dar forma y sentido a este trabajo.

A la Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz, agradezco profundamente el impulso brindado a mi desarrollo profesional, su cercanía y seguimiento constante de mi trabajo, así como su motivación y confianza en mis capacidades. Su apoyo y aliento fueron decisivos para avanzar con seguridad a lo largo del proceso.

Al Mtro. Luis Vicente Rueda León, mi gratitud por los conocimientos compartidos, las asesorías, las correcciones puntuales y, especialmente, por el tiempo dedicado con generosidad y compromiso, aun cuando no formaba parte de sus obligaciones formales. Su disposición y acompañamiento enriquecieron de manera significativa este trabajo.

A mi pareja, Mariela, compañera también de esta maestría, gracias por recorrer este camino a mi lado, por las risas compartidas, los desvelos, el apoyo cotidiano y el deseo mutuo de crecer y ser mejores. Compartir este proceso contigo lo hizo más llevadero y significativo. Te amo.

A mis padres, agradezco profundamente la comprensión hacia mis decisiones y el apoyo brindado para que este proyecto pudiera concretarse. Su respaldo constante fue un pilar fundamental para llegar hasta este punto.

A mi hija Megan, por ser el impulso de mis días para ser mejor, porque mirarte crecer y ver que eres feliz cada mañana me hace pensar que quiero ser alguien de quien te puedas sentir orgullosa.

Reconozco también a la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) —anteriormente Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)— por la beca otorgada durante mis estudios de maestría, la cual hizo posible el desarrollo de esta investigación y permitió dedicarme de manera plena a mi formación académica.

A la Dra. Rebeca Guzmán Saldaña y a la Dra. Lilian Elizabeth Bosques Brugada, agradezco su compromiso institucional, su atención y la disposición para atender mis dudas a lo largo del proceso, aportes que resultaron sumamente valiosos.

Finalmente, agradezco a los miembros de mi comité evaluador: el Dr. Sergio Galán Cuevas, la Dra. Claudia Margarita González Fragoso, el Dr. Alejandro León Maldonado y la Dra. Dayana Luna Reyes, por sus observaciones y recomendaciones oportunas, las cuales contribuyeron de manera significativa a fortalecer y mejorar este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	10
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO 1. COVID-19 Y EL SÍNDROME POSTERIOR A CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS CUIDADORES INFORMALES	18
Epidemiología de la enfermedad de COVID-19	18
El Síndrome Posterior a Cuidados Intensivos	20
Síndrome posterior a cuidados intensivos en cuidadores familiares de sobrevivientes de enfermedades críticas	21
CAPÍTULO 2 . FACTORES PSICOSOCIALES, CALIDAD Y ESTILO DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES SOBREVIVIENTES DE ENFERMEDAD CRÍTICA POR COVID-19	24
Trastorno de estrés postraumático y COVID-19	24
Depresión, ansiedad y COVID-19	27
Calidad y Estilo de Vida relacionados con la salud y COVID-19	31
Calidad de vida, depresión, ansiedad y estrés postraumático en familiares de pacientes sobrevivientes de COVID-19	40
CAPÍTULO III. LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN SOBREVIVIENTES DE ENFERMEDADES CRÍTICAS INCLUIDO EL COVID-19 Y SUS CUIDADORES FAMILIARES	46
Antecedentes de la Terapia Cognitivo Conductual	46
Primera generación	47
Segunda Generación.....	55
Tercera Generación	59
La TCC: aplicaciones en familias de pacientes sobrevivientes de enfermedades críticas	61
La TCC: aplicaciones en pacientes COVID, sobrevivientes y cuidadores familiares	66
MÉTODO GENERAL.....	77
Justificación	77
Objetivo General	79
Objetivos específicos	80
Pregunta de investigación Fase I.....	81
Objetivo general Fase I.....	81
Objetivos específicos Fase I	81
Tipo de estudio Fase I.....	82
Diseño Fase I	82
Variables Fase I	82
Hipótesis Fase I	83
Participantes Fase I	83

Muestra	83
Tipo de muestreo	83
Criterios de inclusión	83
Criterios de exclusión	83
Criterios de eliminación	84
Instrumentos Fase I	84
Análisis de datos propuesto Fase I	84
Procedimiento Fase I	84
Resultados fase I	85
Análisis descriptivos de la validación por jueces expertos	113
Resultados entre la concordancia entre jueces	115
MÉTODO FASE II	116
Pregunta de investigación Fase II	116
Objetivo general Fase II	116
Objetivos específicos Fase II	116
Tipo de estudio Fase II	117
Tipo de diseño Fase II	117
Variables	117
Hipótesis de investigación Fase II	120
Participantes Fase II	120
Participante	120
Estrategia de selección de caso	121
Criterios de Inclusión	121
Criterios de exclusión	121
Criterios de eliminación	121
Escenario	121
Instrumentos Fase II	121
Procedimiento Fase II	126
Análisis de datos propuesto Fase II	127
RESULTADOS FASE II	127
Efectividad de la intervención	134
Resultados descriptivos de la evolución semanal de las conductas saludables y la práctica de habilidades de regulación emocional	142
Análisis de la significancia clínica	143
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	146
Limitaciones y líneas futuras	155
Conclusión	156
CONSIDERACIONES ÉTICAS	157
REFERENCIAS	162
ANEXOS	192

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA.	34
TABLA 2 PRINCIPIOS BÁSICOS DEL CONDICIONAMIENTO OPERANTE.	52
TABLA 3 PRINCIPALES TÉCNICAS <i>DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL</i>	58
TABLA 4 VARIABLE DEPENDIENTE	82
TABLA 5 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	82
TABLA 6 CARTA DESCRIPTIVA GENERAL DE LA INTERVENCIÓN	87
TABLA 7 GRADO ACADÉMICO DE LOS PSICÓLOGOS QUE PARTICIPARON COMO JUECES EXPERTOS	114
TABLA 8 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL Y/O EN ALGUNA MODALIDAD DE TERAPIA CONTEXTUAL DE LOS JUECES EXPERTOS QUE PARTICIPARON EN LA VALIDACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	114
TABLA 9 VARIABLE INDEPENDIENTE	117
TABLA 10 VARIABLES DEPENDIENTES.....	117
TABLA 11 DISCURSO DE LA PARTICIPANTE AL CONCLUIR LA INTERVENCIÓN ...	144

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 DESCRIPCIÓN DE LAS FASES DE LA INVESTIGACIÓN	80
FIGURA 2 MAPA TEÓRICO DE PATOGÉNESIS REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE LA ENFERMEDAD	86
FIGURA 3 MAPA TEÓRICO DE PATOGÉNESIS POSTERIOR A LA ENFERMEDAD	86
FIGURA 4 MAPA DE ALCANCE DE METAS CONCEPTUAL DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES SOBREVIVIENTES DE COVID-19	87
FIGURA 5 RESULTADOS DEL PRETEST Y POSTEST EN EL BDI-II.....	128
FIGURA 6 RESULTADOS EN EL PRETEST Y POSTEST DEL PCL-5.....	129
FIGURA 7 RESULTADOS EN EL PRETEST Y POSTEST DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36.....	131
FIGURA 8 RESULTADOS EN EL PRETEST Y POSTEST DEL CUESTIONARIO FANTÁSTICO	132
FIGURA 9 RESULTADOS EN EL PRETEST Y POSTEST DE LA ESCALA DE ANSIEDAD POR CORONAVIRUS (CAS)	133
FIGURA 10 RESULTADOS EN EL PRETEST Y POSTEST DE LA ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA (AMAS)	134
FIGURA 11 SPLIT DE FRECUENCIA DE ACTIVIDADES PLACENTERAS.....	136
FIGURA 12 SPLIT DE FRECUENCIA DE EMOCIÓN DE ALEGRÍA.....	137
FIGURA 13 SPLIT DE INTENSIDAD DEL SUFRIMIENTO EMOCIONAL	138
FIGURA 14 SPLIT DE LA FRECUENCIA DEL SUFRIMIENTO EMOCIONAL.....	140
FIGURA 15 SPLIT DE INTENSIDAD DEL SUFRIMIENTO FÍSICO	141
FIGURA 16 FRECUENCIA SEMANAL DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON LA SALUD	143

RESUMEN

En el contexto post-pandemia por COVID-19, los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes son vulnerables a presentar sintomatología de depresión, ansiedad y estrés postraumático así como una percepción de calidad de vida relacionada con la salud disminuida. Actualmente existe poca información disponible sobre el cuidado del bienestar psicológico de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19 que pasaron por la unidad de cuidados intensivos. El objetivo de esta investigación fue evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual con componentes contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19 que padecieron cualquiera de las siguientes sintomatologías: ansiedad, depresión o estrés postraumático. El método del estudio se dividió en 2 fases. **Fase 1:** Se diseñó y se validó la intervención por 11 jueces expertos en la práctica de la terapia cognitivo-conductual-contextual, la intervención fue validada teóricamente y a nivel de pertinencia, claridad y congruencia de los componentes del programa con los objetivos de la investigación al obtener un coeficiente Kappa de Fleiss de 0.367 se apoyó la adecuación global del contenido de la intervención. **Fase 2:** En esta fase se implementó la intervención cognitivo-conductual-contextual usando un diseño de caso único N=1 de tipo AB sin fase de seguimiento, empleando autorregistros conductuales semanales para la medición sistemática de las conductas blanco. Se utilizaron además medidas pretest-postest, se observó mejoras consistentes en cada uno de los dominios de la calidad de vida relacionada con la salud medidos a través del Cuestionario de Salud SF-36, así como un aumento del estilo de vida saludable (FANTASTICO: 86→102), además se observó una reducción en la sintomatología depresiva (BDI-II: 42→12) y una mejora clínicamente relevante en estrés postraumático (PCL-5: 39→5). En cuanto a la ansiedad los cambios fueron mínimos. Los

hallazgos respaldan la utilidad clínica de un abordaje cognitivo-conductual-contextual para promover calidad de vida y estilo de vida relacionados con la salud en cuidadores familiares de sobrevivientes de enfermedad crítica incluido el COVID-19.

Palabras clave: Sobrevivientes de COVID-19, Cuidadores Primarios, Calidad de vida, Estilo de vida Saludable, Terapia Cognitivo-Conductual-Contextual, Ansiedad, Depresión, TEPT

ABSTRACT

In the post-pandemic context of COVID-19, primary caregivers of surviving patients are vulnerable to experiencing symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress, as well as a reduced perception of health-related quality of life. Currently, there is limited information available regarding the psychological well-being of primary caregivers of COVID-19 survivors who were treated in the intensive care unit. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a cognitive-behavioral intervention with contextual components to promote health-related quality of life and lifestyle among primary caregivers of COVID-19 survivors who presented symptoms of anxiety, depression, or posttraumatic stress. The study method was divided into two phases. **Phase 1:** the intervention was designed and validated by 11 expert judges with clinical practice in cognitive-behavioral and contextual therapy. The intervention was theoretically validated and assessed in terms of relevance, clarity, and congruence of the program components with the study objectives. A Fleiss' kappa coefficient of 0.367 supported the overall content adequacy of the intervention. **Phase 2:** the cognitive-behavioral-contextual intervention was implemented using a single-case N=1 AB design without a follow-up phase, employing weekly behavioral self-monitoring records for the systematic measurement of target behaviors. Pretest–posttest measures were also used. Consistent improvements were observed across each domain of health-related quality of life measured with the SF-36 Health Survey, as well as an increase in healthy lifestyle (FANTASTIC: 86→102). In addition, a reduction in depressive symptoms was observed (BDI-II: 42→12), along with a clinically relevant improvement in posttraumatic stress symptoms (PCL-5: 39→5). Changes in anxiety were minimal. These findings support the clinical utility of a cognitive-behavioral-contextual approach to promote health-related quality of life and lifestyle among family caregivers of critical illness survivors, including COVID-19.

Keywords: COVID-19 survivors; primary caregivers; quality of life; healthy lifestyle; cognitive-behavioral-contextual therapy; anxiety; depression; PTSD.

INTRODUCCIÓN

Desde su fundación, la Organización Mundial de la Salud, definió a la salud desde una perspectiva que cambió la manera en cómo era concebido el proceso salud-enfermedad. La salud se definió no sólo como la ausencia de la enfermedad biológica, puesto que ahora no solo se contemplaba a las variables biológicas como las únicas determinantes de la salud sino que también los aspectos psicológicos y sociales eran por igual importantes en el proceso de salud (OMS, 1998). En adición a esto, el contexto de las enfermedades y la sociedad en general también supusieron un factor que comenzó a impulsar el desarrollo de una psicología sanitaria, ya que las enfermedades de tipo infeccioso pasaron a ser sustituidas, en orden de importancia, por enfermedades crónicas de etiología diversa, propias del estilo de vida industrializada adoptado por las personas del siglo XX (Rodríguez-Marín, 2002). Estas enfermedades como el cáncer, la diabetes, la hipertensión, entre otras, guardaban relación directa con hábitos y conductas insalubres que el usuario tenía que modificar para incrementar su esperanza y calidad de vida (Amigo-Vázquez, 2015; Morales-Calatayud, 2012).

Era claro que la salud tal como era concebida por el modelo médico, reduciéndose enteramente a variables biológicas, resultaba insuficiente para atender los problemas de salud de la población mundial. Por ello es que, en 1978, la Asociación Americana de Psicología (APA) crea la Health Psychology como una profesión sanitaria con objetivos claros en la promoción y prevención de la salud, dando particular atención a aquellos procesos psicológicos que se correlacionan con el binomio salud-enfermedad. De modo tal que se trabaja con los usuarios en modificar comportamientos insanos para prevenir la enfermedad, pero también con aquellas que ya han enfermado para ayudarles a adaptarse al nuevo estilo de vida que tendrán que llevar. Dichas

acciones no solo están enfocadas en el plano individual, sino también en familias, grupos, comunidades, así como cualquier sector en donde se justifique la acción de la profesión (Morales-Calatayud, 2012). De igual manera, la Psicología de la Salud genera investigación científica que concierne al estudio de correlatos, causas, intervenciones relacionadas al rubro de la salud así como al desarrollo de políticas públicas en este campo (Amigo-Vázquez, 2015).

Hoy a más de 40 años de su creación, se precisa más que nunca la acción de la psicología de la salud debido a la aparición del nuevo virus SARS-CoV-2 que causa la enfermedad de COVID-19, la cual, dado los estragos ocasionados en la población mundial, se declaró al mundo entero en estado de pandemia desde el 2020. Dicha enfermedad se caracteriza por síntomas físicos como tos seca, fiebres, cansancio, su alto nivel de contagio además de ser potencialmente mortal. Los efectos que ha traído consigo este nuevo virus han sido diversos y han afectado al sector económico, social, fisiológico y psicológico a nivel mundial (Urzúa et al. 2020).

Aunque las consecuencias de este problema de salud atañen directamente a enfermos y no enfermos cabe mencionar que la investigación multidisciplinar del sector salud ha generado poca investigación sobre dos sectores importantes: los pacientes que lograron sobrevivir a los síntomas graves de la enfermedad y sus familias (Shah et al., 2021). Dichos usuarios (pacientes postcovid) han tenido secuelas físicas importantes que, de acuerdo con Ponce et al. (2020), tienen que ver con la disminución de la capacidad pulmonar, fatiga, problemas cardiovasculares, renales, intestinales, y neurológicos (Ramón & Cajal Agüeras, 2020). En el plano psicológico existen correlaciones que indican un aumento de síntomas de ansiedad y depresión, así como niveles crecientes de Trastorno de Estrés Postraumático (Urzúa et al., 2020). Esta combinación de síntomas físicos, cognitivos y psicológicos que experimenta el paciente que ha pasado por la unidad de cuidados intensivos se le

ha nombrado como síndrome de cuidado postintensivo, que no solo experimenta el paciente, sino también las familias de estos usuarios. Aunado a esto, los pacientes se enfrentan a una crisis económica derivada de los efectos de la pandemia, por lo que la falta de empleo representa un factor estresor más que impacta negativamente la salud del usuario (Mackay-Castro et al. 2020; Tarazona-Fernández et al. 2020).

Otro factor a tener en cuenta es el trastorno de estrés postraumático el cual es producido por la exposición a una situación traumática, específicamente ante una amenaza de muerte o por muerte real, lesiones graves o violencia sexual que puede ser indirecta o directa, por lo que las familias de pacientes sobrevivientes a COVID podrían verse afectadas también por síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (Vargas-Salinas & Coria-Libenson, 2017). Lo anterior pone de relieve que los familiares de pacientes sobrevivientes de COVID-19 podrían sufrir más que los familiares de pacientes con otras enfermedades crónicas graves (Shah et al., 2021; Perpiñá-Galvañ et al., 2020). Tomado en cuenta esto, se puede concluir que las familias con pacientes sobrevivientes de COVID-19 representan un grupo vulnerable en donde se precisa la intervención de la psicología de la salud para promover la calidad de vida de estos usuarios. El presente trabajo plantea que técnicas y modelos basados en evidencia de la psicología de la salud pueden resultar útiles para intervenir de manera eficaz en pacientes sobrevivientes de COVID-19 y sus familias.

En el capítulo uno de los siguientes apartados teóricos se procederá a explicar con mayor detalle el contexto actual de la enfermedad de COVID-19 y sus efectos biopsicosociales en la población tanto a nivel internacional como nacional, esto como punto de partida para conocer de forma general los efectos generados en la población por la enfermedad y así proceder a mostrar

la evidencia que a la fecha se encuentra disponible sobre los efectos en el bienestar psicosocial de las familias que tuvieron pacientes sobrevivientes de COVID-19, situación que se explicará con mayor detalle en el capítulo dos en donde, además, se explicarán con detalle los conceptos calidad de vida relacionada con la salud, estilo de vida saludable y su relación con las variables de depresión, ansiedad, y estrés postraumático en el contexto sanitario de la COVID-19, por último, en el capítulo tres se procederá a explicar la tecnología del enfoque cognitivo-conductual, desde sus antecedentes hasta la evidencia que hasta el momento a acumulado particularmente en las variables calidad de vida, estilo de vida saludable, depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático en relación a los cuidadores primarios informales de pacientes sobrevivientes de enfermedades críticas incluido el COVID-19. Posteriormente, se expone el planteamiento del problema y los objetivos e hipótesis del estudio, así como el método general. Finalmente, se presentan los resultados por fases y su discusión, incluyendo limitaciones, aportes e implicaciones.

CAPÍTULO 1. COVID-19 Y EL SÍNDROME POSTERIOR A CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS CUIDADORES INFORMALES

En el presente capítulo se abordará de manera breve aspectos generales de la enfermedad de COVID-19 y sus efectos en la salud de los seres humanos infectados durante el curso de la enfermedad así como las secuelas físicas y psicológicas que se pueden experimentar posterior a esta, también, se expondrán de manera puntual datos estadísticos sobre la enfermedad como punto de partida desde dónde visualizar cómo ha impactado la COVID-19 en los seres humanos incluyendo los pacientes recuperados de los que se tiene conocimiento por haber estado en una unidad hospitalaria. Conocer estos aspectos iniciales, facilitará introducir el tema del síndrome posterior a cuidados intensivos y por qué es que este síndrome puede ser experimentado en sobrevivientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por COVID-19 así como sus familiares ya que es el tema principal que atañe a la presente investigación.

Epidemiología de la enfermedad de COVID-19

La enfermedad de COVID-19 producida por el virus SARS-CoV-2 hizo su aparición en Diciembre del año 2019 en la ciudad de Wuhan, China; COVID-19 es el nombre asignado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para designar la enfermedad causada por este coronavirus la cual es de tipo infecciosa y que puede generar una respuesta fisiológica como tos seca, fiebre, cansancio y pérdida del gusto o el olfato, por mencionar algunos de los síntomas más comunes, dicha enfermedad tiene la posibilidad de afectar a cualquier persona en todas las edades, los síntomas pueden variar de leves a moderados, en su mayoría las personas se recuperan sin requerir algún tratamiento médico, no obstante, existen ciertas condiciones de salud que pueden

exacerbar los síntomas como son el padecer previamente enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades respiratorias, obesidad o tener edad avanzada que pueden conducir a determinados usuarios a una condición grave de salud o incluso la muerte. La vía de transmisión del virus se da por el contacto con otras personas por medio de secreciones de la boca o nariz o también de los ojos de una persona infectada. En el caso de los neonatos su vía de contagio es a través de la placenta en el útero. No obstante, es importante aclarar que existen personas que no desarrollan ningún cuadro sintomático a pesar de portar el virus SARS-CoV-2 por lo que propiamente no se puede decir que la persona tenga la enfermedad de COVID-19, sino solo es considerada portadora del virus (Chilamakuri & Agarwal, 2021; Organización Mundial de la Salud [OMS] s.f.; Noriega-Bravo et al., 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) a nivel internacional suman un total de 762,201,169 casos confirmados de COVID-19 y 6,893,190 muertes; de manera específica en México los casos reportados como confirmados son 7,544,489 y 333,539 muertes (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2023). En Hidalgo, se estima un total de 128,996 casos confirmados y 8,388 muertes (Gobierno de Hidalgo, 2023). Del total de casos confirmados a nivel nacional solo el 9.97% fueron hospitalizados, y el 90.03% fueron atendidos en el hogar, 6,395,789 se notifican como recuperados lo cual representa más del 89% de recuperación (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CONACYT] 2023).

Partiendo de lo anterior, de este porcentaje de personas que padecieron COVID-19 en el mundo, incluso los casos leves y moderados, pueden llegar a sufrir de síntomas persistentes que se extienden por semanas o meses lo cual ha afectado la calidad de vida de estas personas. Los

síntomas persistentes que mayormente se presentan posterior a la COVID-19 son disnea, fatiga, dolor torácico, palpitaciones, problemas gastrointestinales, confusión y, en el plano psicológico, ansiedad y depresión, a dicho cuadro sintomatológico lo ha denominado la OMS como estado post-COVID-19 (López-Sampalo et al. 2022). Se puede resumir a continuación que los sobrevivientes de la enfermedad de COVID-19, sea que hayan experimentado un cuadro leve o moderado, aún tienen que lidiar con ciertas secuelas fisiológicas y psicológicas para las cuales se requiere de un seguimiento multidisciplinar. De la misma manera, la condición de los enfermos de COVID-19 que pasaron por la UCI tras haber presentado una sintomatología grave y que lograron sobrevivir, también llegan a experimentar secuelas importantes que comprenden aspectos fisiológicos, psicológicos, económicos y sociales, a este tipo de condición actualmente se le conoce en la literatura médica como el Síndrome Posterior a Cuidados Intensivos que no solo afecta al paciente sino también a las familias de estos usuarios.

El Síndrome Posterior a Cuidados Intensivos

Cuando una persona ingresa a la UCI a menudo es debido a una afección que se ha tornado crítica de forma repentina y que en determinado momento podría causar la muerte. Cuando alguien logra sobrevivir a esta condición crítica experimenta secuelas fisiológicas, emocionales y sociales aunque su recuperación haya sido buena, a su vez, los cuidadores informales de estos pacientes también experimentan cierta angustia psicológica tras la salida de la UCI. A la secuelas experimentadas tanto por los sobrevivientes de enfermedad crítica en la UCI como por sus cuidadores informales se le ha nombrado por la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos como Síndrome Posterior a Cuidados Intensivos para el caso de los sobrevivientes, y Síndrome Posterior a Cuidados Intensivos Familiar para los cuidadores informales de estos pacientes, con la

particularidad de que, en la familia no se comparte las secuelas fisiológicas del sobreviviente aunque sí se han reportado síntomas de dolor así como sintomatología de estrés postraumático y/o trastorno de estrés agudo (LaBuzzeta et al., 2019; Inoue et al., 2019).

Los efectos fisiológicos comúnmente experimentados por los sobrevivientes de la UCI son el cansancio, las contracturas articulares, debilidad muscular y el deterioro cognitivo. Por otra parte, en el plano psicológico los síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático son los más comunes tanto en los sobrevivientes como en sus familias y la duración de estos síntomas incluso puede prolongarse por años después de la enfermedad del familiar, lo cual se ha relacionado con las secuelas que experimenta el paciente sobreviviente a la UCI (LaBuzzeta et al., 2019; Inoue et al., 2019). Dicho esto, se pone de relieve que los cuidadores familiares, si bien no padecieron los síntomas físicos del paciente, la experiencia angustiosa del proceso repercute directamente en su bienestar psicológico durante e incluso meses después de la recuperación del paciente. En el siguiente subtema se abordará lo que la evidencia científica muestra al respecto.

Síndrome posterior a cuidados intensivos en cuidadores familiares de sobrevivientes de enfermedades críticas

Cameron et al. (2016) señala que los cuidadores familiares de pacientes sobrevivientes de la UCI son vulnerables a presentar síntomas depresivos posterior al alta, no obstante, pese a que la mayoría mejora esta condición al paso de los meses, algunos otros tras el alta, un año después siguen mostrando sintomatología depresiva. En comparación con esto, Johnson et al. (2019)

realizaron una revisión sistemática sobre las secuelas psicológicas de los familiares de pacientes sobrevivientes de enfermedades críticas durante y después del alta de la UCI, de manera similar a los resultados encontrados por Cameron et al. (2016) la ansiedad, la depresión y el TEPT disminuyeron en gran parte de los cuidadores familiares al cabo de los meses, no obstante, hubo una porción de personas que continuaban manifestando síntomas de ansiedad, depresión y TEPT hasta 54 meses posterior al alta.

En vista de lo anterior, Davidson et al. (2012) explican que el síndrome posterior a cuidados intensivos es una respuesta a la enfermedad crítica en el que la persona experimenta síntomas como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático, estrés agudo y duelo complicado que se presentan al salir de la UCI y pueden estar presentes hasta 4 años después. En el caso de la enfermedad de COVID-19 esta puede tornarse en una enfermedad crítica que puede conducir a los usuarios contagiados a estar en una unidad de cuidados intensivos junto con sus cuidadores familiares, de modo que aquellos que logran sobrevivir pueden llegar a experimentar el síndrome posterior a cuidados intensivos juntos con sus familias. En el caso de las familias de estos pacientes sobrevivientes de enfermedad crítica por COVID-19, según la evidencia presentada por Sha et al. (2021), puede afectar de manera más significativa a estos familiares que a familias de pacientes sobrevivientes por otras enfermedades críticas debido a las condiciones adicionales originadas por la pandemia como las restricciones de interacción social y el bombardeo de información e imágenes crudas que los medios de comunicación divulgaban sobre los efectos de la enfermedad.

Por lo tanto, resulta claro que la enfermedad de COVID-19 ha tenido consecuencias en el bienestar físico y psicológico de las personas contagiadas y que se extiende posterior a la

recuperación incluso en los casos leves y moderados impactando también de manera sobresaliente en el bienestar psicológico de las familias de estos usuarios, por consiguiente, parte de esta investigación dará atención a la sintomatología (ansiedad, depresión o estrés postraumático) que puede experimentar de manera específica el cuidador familiar de aquellos pacientes que estuvieron en la UCI y que además sobrevivieron a la COVID-19. Cabe destacar que, dentro de la literatura se han detectado ciertos factores de riesgo que pudieran potenciar los síntomas de los cuidadores informales tras la recuperación pero también factores de protección a considerar en el cuidado del familiar durante y posterior al evento.

CAPÍTULO 2 . FACTORES PSICOSOCIALES, CALIDAD Y ESTILO DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES SOBREVIVIENTES DE ENFERMEDAD CRÍTICA POR COVID-19

Como se ha visto los sobrevivientes de enfermedades críticas junto con sus familiares aún después de la recuperación pueden llegar a experimentar deterioro en su bienestar psicológico y comenzar a presentar síntomas como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático impactando negativamente en la calidad de vida de estos usuarios, como se verá a continuación los sobrevivientes de enfermedad crítica por COVID-19 y sus cuidadores familiares también tienen un riesgo de desarrollar esta misma sintomatología tras la recuperación de la UCI, por lo que resulta preciso entender de manera inicial qué es la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático y cómo el surgimiento de la enfermedad de COVID-19 y las medidas de distanciamiento social han repercutido en la aparición de estos síntomas tanto en la población mundial como en los pacientes infectados por COVID-19, los sobrevivientes y sus cuidadores familiares. Asimismo se examinarán los conceptos de calidad y estilo de vida relacionados con la salud como elementos que cumplen un papel importante en la percepción y mantenimiento de la salud de los seres humanos y cómo estos guardan una relación con los cuidadores familiares de pacientes de sobrevivientes de enfermedades críticas incluido el COVID-19.

Trastorno de estrés postraumático y COVID-19

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una condición que se presenta en ciertas personas posterior a haber presenciado un evento en donde se haya puesto en riesgo la vida de la persona o de otras tal como las condiciones de guerra, ser víctima de violación sexual, un desastre

natural, un accidente en transporte, una enfermedad crítica, la noticia inesperada de muerte de un ser amado, entre otras. No todas las personas que presentan estrés postraumático necesariamente estuvieron expuestas a una situación peligrosa, en ocasiones, solo con saber que algún familiar o un amigo pasó por algún evento peligroso puede desencadenar el trastorno. El sentimiento que se produce tras un evento traumático es el de miedo y la sensación de huida o lucha como una respuesta natural de protección. Fisiológicamente se producen cambios en la respiración, incremento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca (MedlinePlus, s.f.; National Institute of Mental Health [NIH], 2020).

La sintomatología de estrés postraumático al cabo de algún tiempo desaparece en las personas víctimas de algún suceso traumático, sin embargo, en las personas que son diagnosticadas con TEPT los síntomas persisten, incluso pueden desaparecer y aparecer con el tiempo. Dicho trastorno puede afectar tanto a niños como adultos, sin embargo, son las mujeres las que presentan una mayor tendencia a desarrollarlo en comparación con los hombres y la duración de los síntomas del TEPT podría persistir hasta los 6 meses o extenderse por años (National Institute of Mental Health [NIH], 2020).

Ahora bien, para que una persona pueda ser diagnosticada con TEPT debe haber presentado las características descritas pero, además, recuerdos angustiosos recurrentes de carácter involuntario que incluso pueden aparecer en forma de sueños sobre el evento traumático, comportamientos retrospectivos como si la persona volviera a experimentar el evento nuevamente, malestar psicológico y fisiológico intenso al estar expuesto a situaciones, objetos, o personas parecidas al aspecto del suceso traumático; evitación constante ante los estímulos asociados al

evento traumático, alteraciones de tipo cognitivo asociadas al evento, estado de alerta o hipervigilancia constante como si el suceso tuviera la posibilidad real o imaginaria de volver a ocurrir; los síntomas interfieren con las actividades habituales de las personas además de sus relaciones interpersonales y la duración de los síntomas deben haber estado presentes por más de un mes aunque generalmente aparecen 3 meses posteriores al suceso traumático (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Desde una perspectiva psicológica, particularmente desde un enfoque conductual el estrés postraumático se entiende como un patrón de comportamiento evitativo ante uno o varios estímulos aversivos asociados a un evento traumático. Este tipo de comportamiento puede explicarse desde el condicionamiento clásico-respondiente y desde el condicionamiento operante; en donde convergen procesos de aprendizaje de la persona involucrada, en donde, por un lado, desde el condicionamiento clásico, que explica el origen, los estímulos neutros presentes a la par de un evento traumático, por su asociación, adquieren una cualidad aversiva, estos estímulos pueden ser diversos, desde objetos, lugares, colores, personas, entre otras, que provocarán de manera específica una respuesta de miedo y por ende las manifestaciones implicadas en esta respuesta. Incluso puede darse un proceso de generalización en donde estímulos suficientemente similares a los estímulos condicionados, adquieren las mismas características aversivas, provocando respuestas similares. Por otro lado, desde el condicionamiento operante, más orientado a explicar el mantenimiento de este comportamiento, la historia de aprendizaje de la persona juega un papel importante ya que si en el pasado la persona ha aprendido a evitar o huir de las situaciones aversivas y con esto se obtienen consecuencias positivas que reducen la sensación de miedo, entonces la conducta de evitación o huida se mantendrá por dichas consecuencias. Si estos procesos a futuro generan problemas en la vida de la persona entonces se estaría estableciendo lo

que se llama estrés postraumático (Vargas. La explicación sobre los elementos que conforman el condicionamiento clásico y operante se explicará con mayor detalle en el capítulo 3.

El estrés postraumático durante pandemia de COVID-19 afectó en mayor manera a determinados sectores expuestos a la enfermedad de COVID-19, revisiones sistemáticas y metaanálisis confirman que los trabajadores del sector salud, los que padecieron COVID-19 de moderado a grave así como sus familiares cercanos tienen una mayor probabilidad de presentar síntomas relacionados al TEPT (Li et al., 2021; Schou et al., 2021; Vindegaard & Benros, 2022). Además de los síntomas de TEPT pueden presentarse también de manera conjunta en estos grupos otras sintomatologías como la ansiedad y depresión que en breve se explicará.

Depresión, ansiedad y COVID-19

La depresión de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) es un trastorno en el cual se presenta una tristeza que se prolonga y por la ausencia de interés o gusto por actividades que antes resultaban placenteras. En la depresión, una persona puede presentar alteraciones en su sueño, en el apetito, en la concentración y la falta de motivación. Una persona depresiva es incapaz de visualizar las cosas o eventos positivos en su vida y de actuar para cambiar su situación. Eventos cambiantes y fortuitos en la vida de la persona, un trauma o estar expuesto a un constante estrés pueden incurrir en un episodio depresivo, sin embargo, es importante aclarar que en la explicación de la depresión concurren correlatos sociales, psicológicos y biológicos que resulta importante tomarlos en cuenta en su explicación (American Psychological Association [APA], 2017).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f.) agrega que la depresión interfiere con las actividades habituales de las personas, su trabajo, el estudiar, comer, dormir y el disfrute de la vida. No todas las personas depresivas presentan la misma sintomatología, tanto la gravedad, frecuencia y duración de la sintomatología es diferente en cada persona. Lo que difiere a la depresión de una tristeza episódica, es la duración, ya que esta se extiende por al menos dos semanas, interfiere con las actividades diarias, hay insomnio o hipersomnia, pérdida de peso, fatiga, un autoconcepto infravalorado, sentimientos de culpa continuos, ideación suicida e incluso puede provocar dolores físicos (American Psychological Association [APA], 2017; American Psychiatric Association [APA], 2014).

El 3,8% de las personas padecen depresión en el mundo, incluidos los adultos y un 5,7% de personas mayores de 60 años. Aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión en el mundo. Una persona con un cuadro depresivo puede experimentar un gran sufrimiento a tal grado que decida suicidarse, de hecho, a nivel mundial más de 700 000 personas se suicidan anualmente y representa la cuarta causa de muerte de las personas de edades de entre 15 a 29 años (OMS, 2021).

La ansiedad, por otro lado, es un sentimiento de miedo que produce que las personas se sientan inquietas, fisiológicamente produce sudoración, tensión muscular, problemas del sueño y palpitaciones. La respuesta de ansiedad es producto del peligro percibido ante una situación o varias situaciones. Si bien la ansiedad se da como una respuesta que permite a las personas adaptarse a las circunstancias de su entorno en otras ocasiones cuando esta respuesta es constante

(6 meses o más) puede derivar en un trastorno que puede entrar dentro de las categorías de los trastornos de ansiedad (MedlinePlus, s.f. & American Psychiatric Association [APA], 2014).

Los trastornos de ansiedad que pueden afectar tanto a infantes como adultos (American Psychological Association, 2017) se caracterizan primordialmente por una respuesta de ansiedad o miedo que se prolonga, y que generalmente es desproporcionado a las situaciones temidas y al peligro que puedan representar, además se caracteriza por desarrollar un comportamiento de evitación ante las situaciones temidas lo cual también genera malestar. La ansiedad puede empeorar al cabo del tiempo y se convierte en un problema cuando esta respuesta interfiere con las actividades cotidianas de las personas en diferentes ámbitos como la escuela, el trabajo y las relaciones con los demás. Existe una clasificación de los trastornos de ansiedad que de acuerdo con la American Psychiatric Association (2014) son:

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Trastorno de pánico
- Fobia específica
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad social

Si bien existen varios tipos de ansiedad, existen características comunes que comparte cada trastorno como es que las personas fácilmente se sienten afectadas por sus emociones reaccionando

de manera negativa a tales sentimientos con conductas que, en determinando momento, resultan desadaptativas, por ejemplo, el hecho de que la persona ejecute comportamientos o conductas de evitación ante las situaciones que le generan ansiedad ya que, en un momento determinado le ha proporcionado un alivio parcial, sin embargo, al cabo de algún tiempo dicha actitud tiene resultados más negativos al estimular la ansiedad aunque es claro que se busca lo opuesto (American Psychological Association, 2017).

En el transcurso de la pandemia de COVID-19 los síntomas depresivos se hicieron presentes en diferentes grupos de personas, desde trabajadores de la salud, los que se contagiaron de COVID-19 así como el público en general (Vindegaard & Benros, 2022). De acuerdo con una revisión sistemática que examinó la prevalencia mundial de los trastornos depresivos y de ansiedad en 204 países en 2020 por la pandemia de COVID-19 dió a conocer que el aumento en el índice de impacto de COVID-19 (lo que implica los efectos del contagio por el virus, los confinamientos y las medidas preventivas a nivel social como quedarse en casa, el cierre de escuelas y centros de trabajo, las restricciones de interacción social) guardó una asociación con el aumento en la prevalencia de depresión mayor y los trastornos de ansiedad en comparación con la prevalencia reportada antes del comienzo de la pandemia y en donde las mujeres resultaron mayormente afectadas así como las poblaciones más jóvenes (COVID-19 mental disorders collaborators, 2021). Al respecto el metanálisis realizado por Daniali, Martinussen y Flaten (2023) en 43 países a nivel internacional evidenciaron que la depresión fue la condición con el mayor aumento después de la pandemia de COVID-19, a pesar de que la ansiedad y el estrés también aumentaron. Como se puede notar los efectos ante la pandemia incrementaron de manera sustancial la prevalencia de

depresión y ansiedad en las personas (COVID-19 mental disorders collaborators, 2021; Cenat et al., 2021; Salari et al., 2020).

Wu et al. (2021) dieron a conocer que los grupos más vulnerables a presentar ansiedad y depresión durante la pandemia son las personas que padecen enfermedades crónicas no infecciosas, las personas puestas en cuarentena por infección de COVID-19, pacientes sospechosos de infección y los médicos y enfermeras quienes mostraron la mayor prevalencia de depresión, ansiedad, angustia e insomnio que aquellos que no tenían estas condiciones (Vindegard & Benros, 2022). En función de lo planteado, la evidencia actual señala que tanto la depresión como la ansiedad guardan una asociación con el deterioro de la calidad de vida de las personas incluso antes de presentar dicha sintomatología y se reduce aún más durante el transcurso del trastorno, asimismo se ha encontrado que la calidad de vida de las personas mejora en la remisión del trastorno lo cual indica que mejorar el bienestar psicológico se asocia con una mejor calidad de vida y, además, que dar atención preventiva en los grupos vulnerables cuando comienza la disminución de la calidad de vida es importante para evitar la aparición del trastorno ya sea de ansiedad o depresión (Hohls et al. 2021). Por consiguiente, ahora que se ha planteado el tema de la calidad de vida de las personas como una variable importante a considerar en la prevención del deterioro del bienestar psicológico resulta importante aclarar a qué se refiere este concepto, y qué características se tomarán en cuenta para propósitos de esta investigación.

Calidad y Estilo de Vida relacionados con la salud y COVID-19

El concepto calidad de vida con base en Panzini et al. (2017) surge en la década de 1970 como una manera de medir el cuidado de la salud en un entorno de continuos cambios sociales y

en el que la medicina avanzaba en la solución de problemas importantes de salud pública como fueron las enfermedades de tipo infeccioso y un mayor control de las enfermedades crónico degenerativas. Los investigadores después de la Segunda Guerra Mundial pretendían indagar si las personas consideraban tener una vida satisfactoria y su percepción de seguridad financiera; por tanto, en los años sesentas comenzaron a hacerse investigaciones sobre calidad de vida relacionada a la medición de aspectos socioeconómicos, educacionales y tipo de vivienda, no obstante, estos indicadores seguían siendo insuficientes para evaluar la calidad de vida de las personas (Urzúa & Caqueo-Urízar, 2012).

En consecuencia, surgió el interés por medir aspectos subjetivos de la misma como la percepción o actitud de las personas ante aspectos relacionados con la esperanza de vida, de modo tal que, la calidad de vida se entiende en relación a diferentes conceptos, objetivos y subjetivos, como valores, satisfacción, bienestar, felicidad, funcionalidad, contexto cultural, las condiciones de vida pero también en relación con el aspecto biológico. Es importante mencionar, que la calidad de vida como concepto no es un término en el que exista un acuerdo unánime en la comunidad científica sobre a qué se refiere, Urzúa y Caqueo- Urízar (2012), plantean que esto es así debido a la naturaleza misma del concepto el cual es de carácter multidisciplinar, es así que economistas, médicos y científicos sociales tenderán a enfocar la calidad de vida de acuerdo a sus líneas de investigación.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998) la calidad de vida se define como “la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas,

estándares y preocupaciones”. Por lo que la calidad de vida se mide de acuerdo con la percepción que la persona tiene con respecto a lo que considera importante en su vida y en donde la cultura es protagonista ya que moldea estas percepciones, de manera que, mientras en cierta cultura se resaltarán algunos aspectos como prioritarios en la calidad de vida en otras puede no serlos tanto.

Al respecto, Mann-Jiles y Morris (2008), destacan que la calidad de vida envuelve distintos dominios involucrados que afectan la satisfacción de vida de las personas, como por ejemplo, la salud física, contar con una vivienda, trabajo, seguridad personal y familiar, acceso a la educación, actividades recreativas y el bienestar psicológico. Panzini et al. (2017) indican que fueron 6 tendencias en la investigación que dieron lugar al concepto de calidad de vida, por lo que destacan la investigación epidemiológica sobre felicidad y bienestar, evidentemente el avistamiento de la psicología positiva, la carencia de instrumentos de medición científicos para medir los resultados de salud y no solo la enfermedad, el interés por la satisfacción del usuario, los determinantes sociales y el interés de humanizar la práctica médica fueron factores que impulsaron a los investigadores en salud en centrarse también en los aspectos positivos de la conducta saludable del ser humano.

Los aspectos que se consideran componentes de la calidad de vida de acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2016 citado en Arias-Galicia, 2017) son:

Tabla 1
Componentes de la Calidad de Vida

Dominio	Facetas
Salud física	Acciones de la vida diaria Dependencia de sustancias Energía y fatiga Movilidad Dolor e incomodidad Sueño y descanso Capacidad de trabajo
Salud psicológica	Imagen corporal y apariencia Sentimientos negativos Sentimientos positivos Autoestima Espiritualidad/religión/creencias personales Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración
Relaciones sociales	Relaciones personales Apoyo social Actividad sexual
Entorno	Recursos financieros

Libertad, seguridad física y protección

Salud y cuidado: disponibilidad y calidad

Entorno hogareño

Oportunidades para adquirir información y nuevas habilidades

Participación y oportunidad de participación en recreación y descanso

Entorno físico

(contaminación/ruido/tráfico/clima)

Transporte

Fuente: Arias-Galicia, 2017.

En resumen, la calidad de vida se mide de acuerdo con componentes subjetivos, es decir, la valoración que la persona hace sobre sus circunstancias pero también objetivos en lo que concierne a la medición de las dimensiones biológicas, su comportamiento habitual, su interacción social y demás factores que son observables, es por ello que la calidad de vida como concepto es polivalente, no obstante, parece existir acuerdo entre la comunidad científica de que el mismo sea multidimensional, algunos autores proponen diferentes factores que integran la calidad de vida, pero la mayoría converge en que la calidad de vida se relaciona con la integración tanto de aspectos subjetivos y objetivos en 3 dimensiones: los factores psicológicos, sociales y fisiológicos.

Dada la naturaleza del propio concepto, el cual es multidimensional, en la presente investigación se enfocará en las características específicas de la calidad de vida relacionada con la

salud, es decir, al concepto trasladado a la comprensión específica sobre la satisfacción de la persona con respecto a su estado de salud tanto físico como psicológico, así como la satisfacción con respecto a algún tratamiento médico prescrito (Fumincelli et al. 2019; Bautista-Rodríguez, 2017). Es importante destacar que en la calidad de vida relacionada con la salud influye mucho el estilo de vida que adopta la persona, ya que los comportamientos que ejecutan las personas en su diario vivir guardan una relación directa con el nivel de salud que los seres humanos pueden llegar a adquirir, pero, ¿qué se entiende por estilo de vida?

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) define al estilo de vida “compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones”. Se plantea entonces que el término estilo de vida puede abarcar diferentes sectores en los que se comporta el ser humano y que además invariablemente está influido por un contexto social. Es así que factores como el género y los factores económicos median la manera en que las personas conducirán sus comportamientos (García-Laguna et al. 2012).

Así mismo, Oblitas-Guadalupe (2017) identifica dos tipos de estilos de vida: el estilo de vida saludable, el cual comprende aquellos comportamientos que implican el abandono de prácticas no saludables como el fumar, beber alcohol, tener una vida sedentaria entre otros, y en cambio, adopta comportamientos saludables como llevar una nutrición balanceada, dormir

adecuadamente y actividad física manteniendo un peso normativo; por otra parte, el estilo de vida libre que es el opuesto al estilo de vida saludable, donde se adoptan comportamientos poco saludables, sin ningún interés por preservar la salud.

Veramendi et al. (2020) definen al estilo de vida como aquellos comportamientos o grupo de actitudes que practican y desarrollan las personas en forma consciente y voluntaria durante el transcurso de su vida, por el contrario, el estilo de vida saludable representan aquellas alternativas de comportamientos que traen consigo beneficios para la salud de las personas, dichos comportamientos son posibilitados en los contextos donde cada persona vive y se relacionan estrechamente con factores biológicos, psicológicos y sociales. Los estilos de vida son unos de los principales determinantes de la salud de la población que a su vez permiten una mejora en la percepción de la calidad de vida de las personas (Oblitas-Guadalupe, 2017).

No obstante, es importante aclarar que cuando se hace énfasis en el estilo de vida saludable, en el que se presupone casi arbitrariamente que las personas son responsables de las conductas o hábitos que adquieren, se pierde de vista demás factores fuera del alcance del individuo que pueden estar manteniendo estilos de vida nocivos para la salud. Oblitas-Guadalupe (2017), plantea incorporar el factor social en el concepto de estilo de vida ya que de esta manera, se comprende que, si bien las personas eligen sus hábitos personales, son las sociedades las que posibilitan el acceso a la información y la educación. Es así que se entiende bajo esta perspectiva del estilo de vida socializado, que se trata de una interacción de responsabilidad individual pero también política dado que existen variables que escapan al control del individuo que son importantes considerar como lo son, las condiciones de pobreza, desempleo, el acceso a los servicios de salud, entre otros, de modo tal, que desde esta perspectiva, se incorporan las condiciones de vida de las

personas, es decir, su contexto social que explica en gran parte la facilidad o dificultad de las personas para adquirir un estilo de vida saludable y por ende una buena calidad de vida.

Como es evidente, durante la pandemia de COVID-19 la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que se infectaron con COVID-19, los sobrevivientes, particularmente aquellos que estuvieron en la UCI (Amdal et al. 2021; Malik et al. 2022), el personal de salud, en especial los que trabajaron directamente con pacientes enfermos de COVID-19 (Cruz-Ausejo, 2022), y por supuesto, los cuidadores familiares de estos pacientes como se verá a continuación, tuvieron afectaciones importantes en la calidad de vida además de la presencia de sintomatología de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, no sólo durante el proceso crítico sino que, como la literatura científica refiere, persisten en el tiempo, dejando ver la importancia de brindar un seguimiento. De igual forma, el estilo de vida relacionado con la salud de las personas durante la pandemia se vio afectado en el sentido de que hubo un aumento en el comportamiento sedentario, la disminución del ejercicio físico, aumento de consumo de alcohol y una mayor tendencia a consumir otras sustancias así como un incremento del tiempo de uso de internet (Buizza, Bazzoli & Guilardi, 2022; Roberts et al., 2021).

La evidencia actual revela que un factor protector de la salud durante la pandemia de COVID-19 fue mantener un estilo de vida no sedentario que incluya actividad física ya que esto se asocia directamente con un mejor bienestar, mayor calidad de vida así como niveles bajos de depresión, ansiedad y estrés, en cambio, cuando la actividad física disminuye el efecto es a la inversa, se presenta una disminución del bienestar físico y psicológico (Marconcin et al., 2022; Halabchi et al., 2022), al respecto, Castoldi et al., (2023) revelan que la actividad física tuvo

consecuencias positivas ante los efectos de la enfermedad de COVID-19 ya que mejoró el funcionamiento pulmonar, la capacidad cardiorrespiratoria y la respuesta inmune de las personas por lo que los efectos de la COVID-19 fueron menos intensos y, por tanto, se redujo el riesgo de muerte por infección.

Visto de esta forma, la percepción de calidad de vida relacionada con la salud, se nutre en gran parte por el estilo de vida saludable que las personas adoptan, es decir, por factores de protección comportamentales orientados a mantener la salud como hacer ejercicio, estar en constante movimiento, llevar una nutrición balanceada, dormir adecuadamente, el mantenimiento de peso en un estándar normal, entre otros. Si bien las consecuencias afectan de manera positiva al bienestar físico de las personas también lo es en el plano psicológico ya que, además, tendrá un efecto positivo en la prevención de síntomas psicológicos como la ansiedad, el estrés y la depresión. Visto desde esta perspectiva, este trabajo pretende orientar, dentro de los componentes de la intervención, la enseñanza e implementación de hábitos de salud que conduzcan a los usuarios a experimentar un mayor bienestar tanto físico como psicológico. Sin embargo, antes pasar de lleno a este aspecto, primero es importante conocer qué fue lo que pasó con el bienestar psicológico de los cuidadores familiares de sobrevivientes de COVID-19 durante y posterior a la enfermedad, también indagar sobre cuáles fueron sus preocupaciones y necesidades más importantes y, por último, qué factores se asociaron al malestar así como los factores de protección que se relacionaron con un nivel de bienestar óptimo, conocer estos aspectos del problema facilitará fundamentar la orientación del tratamiento y las técnicas que se emplearán durante la fase de la intervención.

Calidad de vida, depresión, ansiedad y estrés postraumático en familiares de pacientes sobrevivientes de COVID-19

Se ha demostrado que la enfermedad de un miembro de la familia puede afectar significativamente la calidad de vida de la familia completa, incluso el impacto emocional en términos de malestar puede ser mayor que el del mismo paciente (Sha et al., 2021). El estudio realizado por Cameron et al. (2016) con sobrevivientes de enfermedades críticas y sus cuidadores reveló que 7 días después del alta de la UCI el 67% de los cuidadores se encontraba en riesgo de padecer depresión, de los cuales el 87% mejoró al cabo de unos meses, no obstante, el 16% restante continuó manifestando sintomatología depresiva un año después, por lo que, los familiares de pacientes sobrevivientes de COVID-19 pueden estar en un riesgo más alto debido a las condiciones adicionales originadas por la pandemia que evidentemente no tuvieron que padecer este grupo señalado, además, tomando en cuenta resultados de investigaciones sobre sobrevivientes del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) causado por el virus SARS-CoV en 2003, existe riesgo de aumento en la prevalencia de TEPT en ciertos grupos vulnerables como son: los que padecieron sintomatología grave de COVID-19, los trabajadores de la salud de primera línea y, por supuesto, los familiares de pacientes sobrevivientes de COVID-19 y de los que fallecieron a causa del mismo (Ponce et al. 2020; Ramón y Cajal Agüeras, 2020; Golics et al. 2013; Sekowski et al. 2021; Kho et al. 2022).

En el proceso de la enfermedad de COVID-19, tanto de aquellos pacientes hospitalizados como no hospitalizados, los familiares experimentaron como consecuencia ciertos problemas psicológicos relacionados con niveles altos de estrés, ansiedad, depresión (Prakash et al., 2021;

Sethi et al. 2022), carga del cuidador (Sheikhbardsiri et al., 2022), miedo al coronavirus y un problema físico a menudo reportado que fue la mala calidad del sueño (Jafari-Oori et al., 2021; Sethi et al. 2022). En este orden de ideas, Sethi et al. (2022), quienes recogieron una muestra de familiares de pacientes hospitalizados y no hospitalizados por COVID-19, indicaron que si bien la sintomatología de ansiedad y estrés estaba presente en ambos grupos, aquellos cuidadores familiares de pacientes graves hospitalizados presentaron puntuaciones más altas en estas variables que los que no tenían a su familiar hospitalizado lo cual nos habla de una diferencia importante que puede indicarnos una mayor repercusión psicológica en los familiares que estuvieron en el contexto hospitalario.

Muchos de estos cuidadores familiares, teniendo en cuenta a Bartoli et al., (2021) tuvieron que lidiar con pensamientos desagradables relacionados con la posibilidad de la muerte del miembro de la familia infectado, el imaginar su sufrimiento del paciente en la cama del hospital, el recordar las imágenes terribles presentadas por los medios de comunicación sobre la enfermedad en acción ocasionando que se exacerbaron aún más los sentimientos de angustia y el sufrimiento que experimentaron los familiares (Chen et al., 2021). Variedad de sentimientos negativos tras el diagnóstico y durante el proceso de la enfermedad tuvieron que experimentar los cuidadores tales como angustia, miedo, estrés, culpa, enojo, incertidumbre, desesperanza, fatiga, impotencia, inseguridad y desconfianza con el sistema de salud además de frustración y soledad (Bartoli et al., 2021; Chen et al., 2021; Rahimi, Dastyar & Rafati, 2021; Asgari et al., 2021). Las preocupaciones más importantes en ese momento para los cuidadores familiares eran el bienestar del familiar internado, el tratar de cubrir los gastos médicos, el miedo por la posibilidad de contraer la enfermedad, el bienestar por los demás miembros de la familia y el estar constantemente

informados sobre la condición de su familiar enfermo, en el caso de las familias que tuvieron al paciente hospitalizado (Picardi et al., 2021; Rahimi, Dastyar & Rafati, 2021; Akbarbegloo & Sanaefar, 2022).

Evidentemente, la sintomatología presentada por los cuidadores familiares de ambos contextos durante el transcurso de la enfermedad puede ser una respuesta natural dadas las circunstancias inesperadas y aversivas propias de la enfermedad y el contexto, no obstante, aquellos pacientes que lograron sobrevivir al momento crítico de la COVID-19 junto con sus familiares aún continúan enfrentando secuelas psicológicas que resulta importante considerar. Al respecto, Mirzaei et al. (2020) verifican que la carga del cuidador seguía siendo grave tanto en los cuidadores familiares de pacientes hospitalizados por COVID-19 como no hospitalizados una semana después del alta, aunque se observó que esta era mayor en los cuidadores familiares de pacientes hospitalizados que de los no hospitalizados. En el estudio realizado por Robinson-Lane et al. (2022) el cual empleó una metodología cualitativa, los cuidadores familiares expresaron que si bien sentían alegría y alivio por tener de vuelta su familiar tras el alta hospitalaria también expresaron sentir emociones desagradables como ansiedad, depresión, miedo, dolor y tristeza. En cuanto a la calidad de vida de estos cuidadores familiares, aproximadamente 3 meses después del alta, el estudio de Sha et al. (2020) evidenció una calidad de vida disminuida incluso más afectada que la del mismo paciente sobreviviente de COVID-19, se observó que la afectación era mayor en aquellos familiares que además se habían contagiado de COVID-19.

Por otra parte, Bassi et al. (2021) y Shirasaki et al. (2022) mostraron que los cuidadores familiares 3 meses y 4 meses después del alta presentaban sintomatología de trastorno de estrés

postraumático además de sintomatología de ansiedad y depresión. Dentro de este marco, estudios de seguimiento de cohortes realizados 3, 4, 6 y 12 meses después del alta de la UCI mostraron la presencia de sintomatología de ansiedad, depresión y TEPT en los familiares a los 3 meses tras el alta (Azoulay et al., 2022; Heesakkers et al., 2022). Por su parte Amass et al. (2022), informaron de síntomas significativos de TEPT a los 3 y 6 meses de seguimiento. Sin embargo el estudio de Heesakkers et al. (2022) indicaron que a los 12 meses hubo una prevalencia significativamente más alta de los síntomas de ansiedad, depresión y TEPT en los cuidadores familiares en comparación con el inicio, aunque la más alta fue a los 3 meses; estos factores de riesgo se correlacionaron negativamente con el nivel de calidad de vida de los familiares la cual fue significativamente más baja a los 3 y 12 meses de seguimiento.

Existen factores de riesgo a considerar que se han asociado en este contexto con mayores niveles de estrés, ansiedad, depresión, carga del cuidador y el insomnio como por ejemplo, tener enfermedades crónicas subyacentes, tener antecedentes de condiciones psiquiátricas, la pérdida del empleo, ser más joven, estar casado, tener miembros dependientes a su cargo, ser el cuidador principal, haberse contagiado de COVID-19, ser mujer, las propias condiciones de la pandemia como las medidas de aislamiento y distanciamiento han coadyuvado a que el malestar psicológico se mantenga o empeore (Sethi et al., 2022; Jafari-Oori et al., 2021; Sha et al. 2021; Heesakkers et al. 2022; Bassi et al. 2021). Ahora bien, por su parte existen factores de protección que se correlacionaron con niveles óptimos de salud mental y buen funcionamiento psicológico esto tienen que ver con: la calidad empática y compasiva de la atención por parte del personal de salud que recibieron durante el proceso de la enfermedad del miembro infectado, que los familiares tuvieran acceso a tener contacto con su familiar a través de videollamada o llamada telefónica, el

seguimiento multidisciplinar que se llevó tras el alta tanto para los sobrevivientes de COVID-19 como sus cuidadores familiares (Bassi et al., 2021; van Veenendal et al., 2021; Onrust et al., 2022; Robinson-Lane et al., 2022).

Con la llegada del virus SARS-CoV-2 y con el la enfermedad de COVID-19 los problemas psicológicos de la población mundial han ido en aumento como se ha visto a lo largo de este capítulo, particularmente, ciertos grupos vulnerables que tuvieron un contacto muy cercano con la enfermedad como fue el caso de los contagiados incluso los casos que presentaron una sintomatología leve, los sobrevivientes de la enfermedad en particular aquellos casos que pasaron por la UCI, los trabajadores de salud especialmente los que estuvieron en contacto directo con los pacientes enfermos de COVID-19, las personas con padecimientos de enfermedades crónicas no infecciosas y, por supuesto, lo cuidadores familiares de pacientes sobrevivientes COVID-19, en particular, aquellos que estuvieron en una sala de cuidados intensivos quienes han experimentado de síntomas como ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático así como calidad de vida disminuida durante el proceso crítico pero también posterior al alta de la UCI incluso 12 meses después del evento, lo cual, no quiere decir que este sea el límite temporal de manifestación de los síntomas, más bien, como también se ha explicado en esta sección, la evidencia muestra que los cuidadores familiares de pacientes sobrevivientes de enfermedades críticas de la UCI pueden seguir manifestando esta sintomatología hasta 54 meses después de pasado el evento por lo cual resulta importante dar un seguimiento en atención a las necesidades psicológicas de este grupo vulnerable.

En relación con la problemática expuesta, la psicoterapia cognitivo-conductual como tecnología de la ciencia psicológica se ha mostrado eficaz en el ámbito aplicado en el contexto clínico pero también en el campo de la salud, tan es así que en la actualidad continúan realizándose investigaciones en torno a la aplicación de la TCC con cuidadores familiares de pacientes sobrevivientes de enfermedades críticas incluyendo la enfermedad de COVID-19 como se expondrá con mayor detalle en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III. LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN SOBREVIVIENTES DE ENFERMEDADES CRÍTICAS INCLUIDO EL COVID-19 Y SUS CUIDADORES FAMILIARES

En este capítulo se mostrarán, de manera general, algunos de los antecedentes más importantes del desarrollo y evolución de la terapia cognitivo-conductual con el fin de comprender el origen de varias de las técnicas empleadas en la actualidad en el ámbito clínico pero también en el campo académico al diseñar y probar la eficacia de intervenciones basadas en este enfoque en variedad de problemas relacionados con la salud. Tener este marco contextual de referencia, posibilita comprender de manera lógica el uso que se da a estas técnicas así como el posible mecanismo que subyace a comprender por qué determinado tratamiento configurado con determinadas técnicas influye en el cambio del comportamiento humano o porqué en ciertas ocasiones podría no tener el efecto esperado. Una vez entendido lo anterior se procederá a exponer cómo desde el enfoque cognitivo-conductual se están abordando las secuelas psicológicas de los pacientes con COVID-19, los sobrevivientes y los cuidadores familiares de sobrevivientes de enfermedades críticas, lo que incluye al COVID-19 y si las intervenciones realizadas realmente han probado su eficacia en la disminución de los síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático de estos grupos vulnerables.

Antecedentes de la Terapia Cognitivo Conductual

Desde el nacimiento del ser humano hasta el día de su muerte no deja de comportarse, la conducta es interactiva y continua. El repertorio de conductas que poco a poco va adquiriendo el ser humano conlleva un proceso denominado aprendizaje el cual en términos generales es

resultado de la experiencia de la persona en la práctica que va produciendo cambios en la conducta individual (Morris, & Maisto, 2005). Existen diversas teorías que han tratado de explicar por qué una persona hace lo que hace y sin duda una de las más importantes dentro de la psicología ha sido el paradigma conductista, distinguidos autores como Iván Pavlov, John Watson y Frederic Skinner dieron lugar al nacimiento de un paradigma interesado en el estudio de la conducta de una manera experimental que reivindicara a la psicología como una ciencia. A través del tiempo, después de los años 50, el conductismo en su forma aplicada ha tenido ciertas transformaciones históricas que han sido segmentadas por diferentes autores en tres generaciones que a continuación se expondrán.

Primera generación

Durante el siglo XIX la psicología dirigía su atención a estudiar la conciencia y los procesos de la mente a través del método de la introspección, no obstante, a principios del siglo XX surgió el paradigma del conductismo con objetivos claros en cuanto la predicción y el control de la conducta observable y el ambiente o contexto en el que se genera a través de métodos experimentales, de modo que, desde el punto de vista científico no tenía ya sentido explicar el comportamiento con base en estados mentales o de conciencia por ser estos conceptos abstractos. La terapia de conducta, de manera general, manifiesta que el comportamiento de las personas, sea este adaptativo o no, es aprendido y es modificable en función de los principios del aprendizaje (Cooper et al. 2017; Ruíz et al. 2012).

La primera generación del conductismo nace formalmente en la década de 1950 con el condicionamiento operante de Frederic Skinner, en un contexto dominado por el modelo psicoanalítico, del cual se comenzaba a cuestionar la eficacia dado que no era posible conocer si

los efectos del tratamiento se debían a la intervención o a la remisión espontánea de los síntomas al paso del tiempo (Pérez-Álvarez, 2014). Es así que la terapia de conducta se mostró como una alternativa ante estos modelos imperantes de la época. La terapia de conducta fue resultado de ciertos antecedentes que posibilitaron su existencia como fueron los estudios realizados por Pavlov con el llamado Condicionamiento Clásico y los estudios realizados por John Watson quien llevó los conocimientos de Pavlov a su aplicación con humanos (Ruíz et al. 2012).

Condicionamiento Clásico

El condicionamiento clásico o respondiente se refiere en términos simples a la adquisición de conductas específicas en presencia de estímulos bien definidos, es decir, existen estímulos en el ambiente que invariablemente evocan respuestas en el organismo, este tipo de respuestas se denominan respondientes o respuestas incondicionadas, su característica es que son involuntarias al entrar en contacto con un estímulo, llamado incondicionado, ya que no dependen del control de la persona (Kazdin, 1996). Sus raíces más importantes se deben a los estudios realizados por Ivan Pavlov, fisiólogo ruso quien estudiaba la composición de los jugos gástricos de los perros mientras comían diferentes alimentos, regularmente estos jugos gástricos comenzaban a ser secretados poco después de que el perro ingiriera cualquier alimento, es así que Pavlov un día descubrió un fenómeno desconocido para él, se dio cuenta que el reflejo gástrico o la secreción de jugos en los perros comenzaba a darse antes de la llegada del alimento, es decir el fenómeno aparecía al ver el alimento, el tazón, o al escuchar las pisadas de quien proveía regularmente el alimento, dicho fenómeno fue nombrado por Pavlov como reflejo psíquico que más tarde se convertiría en las

bases importantes de la primera generación de la teoría de la conducta (Morris & Maisto, 2005; Hothersall, 1997).

La teoría del condicionamiento clásico en síntesis se explica como el pareamiento de una respuesta involuntaria evocada por un determinado estímulo (nombrado incondicionado) con otro estímulo denominado neutro, ya que, no produce un reflejo particular, de tal manera que después de unas cuantas veces que se repita esta acción (el pareamiento de estímulo incondicionado con el estímulo neutro) el estímulo neutro acaba convirtiéndose en un estímulo condicionado que por sí mismo es capaz de provocar la respuesta que pasará a denominarse respuesta condicionada. Es así que el condicionamiento clásico tiene un interés principal en la conducta involuntaria que de forma contigua se presenta ante la presencia un estímulo particular. El trabajo de Pavlov centró un precedente fundamental en el estudio científico de la conducta y, por ende, en cómo tendría que desarrollarse posteriormente (Morris & Maisto, 2005; Kazdin, 1996).

De esta manera, las técnicas desarrolladas con base en el condicionamiento clásico, en la actualidad siguen vigentes y son empleadas en el desarrollo e implementación de diversos tratamientos en problemas como ansiedad, estrés, fobias, insomnio, problemas psicosomáticos, cefaleas, migrañas, hipertensión, entre otros problemas que generen una sintomatología de ansiedad en las personas. De acuerdo con Caballo (1998), las técnicas que principalmente se basan en el condicionamiento clásico son:

- Técnicas de relajación (relajación progresiva, relajación pasiva, autógena, respuesta de relajación, técnicas de respiración)

- Desensibilización sistemática
- Terapia implosiva
- Intención paradójica
- Procedimientos aversivos

El condicionamiento clásico tiene la particularidad de enfocarse en la conducta involuntaria, por lo que presenta limitaciones que hacen a esta teoría insuficiente en la explicación de la conducta humana por no tener en cuenta la conducta voluntaria del ser humano, es decir, aquella conducta que aparece en ausencia de un estímulo inmediato y que parece, más bien, estar controlada por otras variables que más adelante otros investigadores considerarían como complemento a la explicación científica del comportamiento.

Condicionamiento Operante

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX aparece Edward L. Thorndike quien a diferencia de Pavlov, no estaba interesado en el aprendizaje de respuestas reflejas sino más bien en el aprendizaje de nuevas conductas a través de sus efectos. Para ello Thorndike experimentó con gatos hambrientos que, de manera general, eran colocados en cajas y donde los gatos tenían que aprender a escapar, para ello, Thorndike colocaba fuera de la caja un trozo de comida para observar si era un factor que influía en la respuesta esperada. De esta manera pudo formular leyes o principios de comportamiento, siendo la más importante la Ley del Efecto que explica que las consecuencias satisfactorias que se originan después de la conducta, fortalecen la conexión estímulo-respuesta posibilitando el aprendizaje al incrementar la probabilidad de que se vuelva a

dar dicha conducta ante la misma situación, por otro lado, si la conducta era seguida por un estímulo desagradable, se debilita la conexión estímulo-respuesta haciendo que disminuya la probabilidad de ocurrencia de la conducta ante una situación similar. Dichos descubrimientos marcaron el comienzo de una teoría más amplia, la cual tendría lugar con Frederic B. Skinner (Kazdin, 1996; Ruíz et al. 2012; Caballo, 1998).

Skinner al igual que Thorndike dirigió su atención al impacto de las consecuencias sobre la conducta y planteó la existencia de dos tipos de conducta: la respondiente y la operante. La conducta respondiente se da como resultado de un estímulo antecedente que provoca una respuesta (E-R) no obstante, Skinner estableció que el condicionamiento clásico no era suficiente para explicar todo el repertorio de conductas existentes, particularmente aquellas conductas que se presentaban en ausencia de algún estímulo antecedente próximo, puesto que, la mayor parte de la conducta se mostraba voluntaria. Skinner a través de métodos experimentales mostró evidencia de que la conducta cambia en menor proporción a estímulos previos, pero en mayor proporción a las consecuencias que siguen a la conducta dando lugar a la principal unidad de análisis: la contingencia de tres términos Estímulo-Respuesta-Consecuencia (Cooper et al. 2017).

Las conductas controladas por sus consecuentes las nombró operantes ya que influyen u operan sobre el ambiente. Estas conductas tienen la característica de que pueden incrementarse o decrecer en función de los eventos que le siguen. Al proceso de aprendizaje de conductas operantes se le denomina como condicionamiento operante. Para sistematizar el proceso de aprendizaje de dichas conductas, se crearon tipos de consecuencias y principios para la explicación del por qué de la conducta y cómo ésta podía modificarse a través de esos mismos principios. Estos

principios y tipos de consecuencias permiten establecer relaciones entre las conductas y los eventos del ambiente (Kazdin, 1996)

El siguiente cuadro ofrece una definición de los principios básicos del condicionamiento operante:

Tabla 2
Principios básicos del condicionamiento operante

Principio	Definición
Reforzamiento	Presentación o retiro de un evento después de una respuesta que incrementa la frecuencia de la misma.
Castigo	Presentación o retiro de un evento después de una respuesta que decrementa su frecuencia.
Extinción	Ya no se presenta un evento reforzante después de una respuesta que decrementa la frecuencia de la respuesta previamente reforzada.
Control de estímulos y entrenamiento discriminatorio	Reforzamiento de respuesta en presencia de un estímulo pero no de otro. Este procedimiento incrementa la frecuencia de la respuesta en presencia del estímulo primario y decrementa ante el último.

Fuente: Kazdin, 1996

Las aportaciones de Skinner en el plano conceptual lo llevaron a desarrollar una metodología para estudiar la conducta llamado Análisis Experimental de la Conducta, centrado en el estudio de cómo los estímulos del ambiente influyen el comportamiento del organismo, el objetivo fue desarrollar una ciencia de la conducta en la que se pudiera lograr explicar, predecir y

modificar la conducta mediante el análisis de las relaciones funcionales del organismo con su medio, abandonando las explicaciones con base en constructos inferidos (Ruíz et al. 2012).

El análisis experimental de la conducta posibilitó que posteriormente los principios empleados en el laboratorio fueran trasladados al ámbito aplicado en variedad de problemas relevantes socialmente originado lo que se denominó como Análisis Conductual Aplicado (Ruíz et al. 2012). Así mismo la expresión Terapia de Conducta lo propone Skinner en 1953 en donde los principios del condicionamiento operante comenzaban a aplicarse en ámbitos psiquiátricos en personas con alteraciones psicóticas (Pérez-Álvarez, 2014). En la actualidad los procedimientos operantes llegan a ser empleados en las intervenciones en la terapia cognitivo-conductual. Estos procedimientos o técnicas basadas en el condicionamiento operante, Caballo (1998) las identifica con la siguiente lista:

- Economía de Fichas
- Métodos operantes
- Condicionamiento Encubierto
- Biofeedback

La importancia de la implementación de estas técnicas han contribuido al tratamiento de diversas problemáticas en el contexto clínico, no obstante, también es importante resaltar el instrumento del análisis funcional de la conducta como la herramienta principal ya que permite identificar aquellas conductas relevantes en un problema determinado que participan en el mantenimiento de dicho problema, para ello se identifican los estímulos antecedentes que hacen

más probable que se presenten aquellas conductas problema así como las consecuencias o efectos que se producen una vez se presentan dichas conductas, haciendo que en el futuro aumente la probabilidad de que dichas conductas vuelvan a aparecer o por el contrario, que disminuyan su probabilidad de aparición, la denominada contingencia de tres términos como se le conoce se presenta en la forma de Ed: C-R. El análisis funcional de la conducta facilita poder entender de manera funcional la conducta de las personas para poder implementar de manera adecuada el repertorio de técnicas conductuales con las cuales se alterarán tanto las condiciones antecedentes como consecuentes para el logro los objetivos de las personas (Pérez-Álvarez, 2014).

Tanto Skinner como expertos en conducta operante, consideran que ambos tipos de condicionamiento (clásico y operante) son elementos importantes en la explicación de la conducta debido a que, en una situación dada, puede que tanto el condicionamiento respondiente como el operante están relacionándose en la producción de ciertos problemas conductuales. La teoría bifactorial de Mowrer considera este apartado, al señalar que la interacción entre ambos tipos de condicionamiento explican el efecto negativamente reforzante de un estímulo condicionado aversivo, es decir, que el proceso de adquisición de la conducta problema pasa, en un primer momento, por el pareamiento de un estímulo neutro con un estímulo aversivo, posteriormente de manera operante se refuerza una respuesta de evitación al estímulo condicionado (Caballo, 1998).

Los principios del aprendizaje desarrollados siguen estando vigentes y son tan importantes en la explicación y modificación del comportamiento humano en diferentes ámbitos incluyendo el contexto clínico. La consideración de los trastornos psicológicos son abordados de manera diferente ofreciendo una explicación funcional en términos de conductas aprendidas y que resultan

problemáticas, estas conductas desadaptadas al estar condicionadas son susceptibles de cambio conforme a estos mismos fundamentos y procedimientos a través de los cuales se adquirieron (Pérez-Álvarez, 2014).

Segunda Generación

Es a partir de los años 70's que la terapia de conducta se transforma en la llamada terapia cognitivo-conductual suponiendo una diferencia importante en relación al tratamiento de los problemas psicológicos de los seres humanos y a la forma de conceptualizarlos. Es así que ciertos autores, principalmente, Albert Ellis y Aaron Beck contribuyeron a popularizar este enfoque a través del desarrollo de sus propias terapias, en el caso de Ellis, la Terapia Racional y Emotiva y, de Beck, la Terapia Cognitiva de la Depresión. Estas terapias comparten cierta estructura, de manera que se representan a través de un modelo A-B-C en donde A son las situaciones que se presentan, B son los pensamientos o creencias que se tienen de A y, C son las consecuencias motoras, emocionales y fisiológicas que resultan de estos dos componentes anteriores y que conforman la sintomatología del usuario que acude a consulta. Hasta aquí, se puede notar las diferencias en comparación al esquema representado por el análisis de conducta (A-B-C) que, aunque parecidos en estructura, se diferencian conceptualmente (Pérez-Álvarez, 2014; Ruiz et al., 2012).

El énfasis que la TCC tenía en relación al campo clínico era desarrollar intervenciones efectivas a los problemas humanos más que en desarrollar una comprensión conceptual de la terapia cognitiva (Dobson, 2010). Si bien en un momento se contempló a las variables cognitivas como comportamientos encubiertos sujetos a los principios del aprendizaje clásico-operantes de

acuerdo con la teoría de Bandura, con el paso del tiempo se ajustó esta explicación hasta afirmar que las cogniciones (ya no consideradas comportamientos) son por sí mismas causales del comportamiento humano y que operan bajo principios distintos a los desarrollados por el conductismo.

El terapeuta Cognitivo-Conductual, por tanto, le explica a la persona que su problema no deriva principalmente de la situación que le ocurre o le ocurrió (A) si no de lo que piensa, lo que cree, de la situación (B). El proceso terapéutico consiste en mostrar al cliente este modelo a fin de que identifique aquellas cogniciones que le están generando el problema, posteriormente se debate con el paciente la validez, la utilidad, o la pertinencia de estas creencias y se le insta adoptar un nuevo repertorio de creencias más objetivas o racionales sobre la situación o situaciones en cuestión, no solo en un nivel intelectual sino, que se trabaja con la persona para que actúe de acuerdo con ese nuevo repertorio de creencias y ver si con ello el usuario experimenta consecuencias más favorables (Pérez-Álvarez, 2014).

Por tanto, en términos generales, la segunda generación se caracteriza por la influencia del enfoque cognitivo en la terapia de conducta, dentro de este marco referencial se asume que las aportaciones de la terapia de conducta son insuficientes para la explicación del comportamiento humano por lo que se implementan aportaciones de la psicología cognitiva para abordar de manera más completa el comportamiento humano, no obstante, dicha percepción aún es tema de discusión entre investigadores y terapeutas en el paradigma conductual y cognitivo (Pérez-Álvarez, 2014; Froxán, 2020; Hayes & Hoffman, 2018). Las diferencias con el enfoque conductual pueden notarse a nivel teórico y epistemológico, ya que por un lado, el comportamiento es explicado en función

de aspectos cognitivos o de procesamiento de la información además de factores biológicos y no en términos de los principios del aprendizaje clásico y operantes. La representatividad de la TCC radica en la consideración de la cognición como variable más relevante en la explicación de la conducta humana, es decir, explica que la conducta humana si bien es producto del aprendizaje, este aprendizaje es más complejo en su explicación que lo que refieren las teorías clásico-operantes (Ruíz et al., 2012).

Entre las características del modelo cognitivo-conductual es que es una práctica en el contexto de la salud que trabaja con variables físicas, emocionales, cognitivas y conductuales de los usuarios. Una de las premisas de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es que las personas son responsables de las situaciones que les afectan y que tienen el control sobre las reacciones que tienen. Asimismo la TCC cuenta con procedimientos o técnicas específicas para diversos trastornos en un tiempo relativamente breve en comparación con otras intervenciones psicológicas. De igual manera, las intervenciones en TCC contienen módulos educativos en donde se explica al usuario, la impresión diagnóstica así como las especificaciones del tratamiento (Ruíz et al., 2012).

De acuerdo con Ruiz et al. (2012) las terapias cognitivas, debido a su variedad, no pertenecen a un marco teórico unificado pero son identificables dentro de la denominación de técnicas cognitivo conductuales. Las principales técnicas basadas en el enfoque cognitivo son:

Tabla 3*Principales Técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual*

Técnica	Definición
Técnicas de reestructuración cognitiva	Las técnicas se enfocan en la identificación de creencias irracionales o distorsiones cognitivas que estén manteniendo el problema de la persona con el objetivo de modificarlas a través de examinar junto con el cliente la veracidad o racionalidad de estos pensamientos, es decir, su significado a través del debate cognitivo y así enseñar al usuario una mejor manera de pensar más racional y congruente con la realidad. El objetivo es que la persona ensaye esta manera diferente de pensar de tal manera que sea capaz de experimentar emociones más adaptativas ante los problemas.
Técnicas para el manejo de situaciones	El objetivo de este conjunto de técnicas es enseñar ciertas habilidades a las personas para afrontar situaciones como el estrés, el dolor o la ansiedad como es el caso entrenamiento en autoinstrucciones, el entrenamiento en inoculación del estrés entre otras.
Técnicas de solución de problemas	Técnica que enseña a las personas una manera sistemática de resolver los problemas de la vida, y por ende, se modifica la percepción catastrófica que una persona pueda tener de sus problemas brindándole una sensación de control sobre la situación problemática.

Fuente: *Ruíz et al., 2012*

La lista de las principales técnicas del enfoque cognitivo-conductual presentadas no alcanza a representar la totalidad de las técnicas desarrolladas a través del tiempo, pero brinda un panorama de las más representativas de este enfoque por el que puede diferenciarse de las dos generaciones de las que está compuesta esta línea temporal.

Tercera Generación

La tercera generación de la terapia de conducta surge en 1990 con Steve Hayes autor de una de las terapias de este movimiento como parte de los avances en investigación presentados por el análisis conductual aplicado en relación a la conducta humana, particularmente la conducta verbal (Ruíz et al. 2012). El nombre de tercera generación, tal como lo expresa Pérez-Álvarez (2014), no refleja nada acerca del movimiento, de modo que, es más correcto el término de Terapias Contextuales por sus bases filosóficas asentadas en el contextualismo funcional así como su ciencia y en donde se resalta la influencia del contexto en la explicación del comportamiento, en otras palabras, el comportamiento humano es un comportamiento en contexto que cambia en función de este. Lo anterior no es algo nuevo sino que representan una serie de terapias que se fundamentan en las bases conceptuales de la primera generación de la terapia de conducta pero con la particularidad de que se hace énfasis en la conducta verbal y el ambiente o contexto que rodea al ser humano.

Como parte de las características del enfoque contextual es que retoma el interés por la investigación del aprendizaje humano pero considerando con más peso sus características únicas, como lo es el lenguaje, en relación a los seres animales. Por otro lado, también se considera pertinente estudiar el comportamiento en el contexto de la terapia por parte del terapeuta y el cliente, debido a que es el lugar donde se hace posible modificar patrones de conducta bajo los mismos principios a los que están sujetas. Otra de las características fundamentales de este enfoque es la importancia que se otorga al empleo del análisis funcional de la conducta aplicado al campo clínico y al desarrollo de intervenciones. En un nivel conceptual, las emociones y pensamientos o cogniciones, vuelven a ser retomados como conductas en sí mismas (Ruíz et al. 2012).

Su concepción sobre la psicopatología es distinta al de la TCC, ya que abandona el uso manuales diagnósticos, como el DSM-V o el CIE-11, como herramienta para diagnosticar dada la poca validez que representan y, más bien, operan sobre dimensiones transdiagnósticas. Otro aspecto diferencial de las terapias contextuales es que consideran como un factor secundario el desarrollo de técnicas específicas como bien lo hace la TCC, y en vez de eso, prioriza el desarrollo de principios terapéuticos generales con base en una filosofía pragmática del por qué y el para qué, esto es lo que le da sentido al uso de las técnicas (Pérez-Álvarez, 2014). Las principales terapias contextuales que en la actualidad se identifican son:

- Terapia de aceptación y compromiso (ACT)
- Psicoterapia analítica funcional (PAF)
- Terapia de conducta dialéctica (TCD)
- Terapia Integral de Pareja (TIP)
- Activación Conductual (AC)
- Terapia con base en Mindfulness (BMT)
- Terapia cognitiva con base en la persona para la psicosis

Por consiguiente, se puede concluir que las terapias contextuales representan un retorno a las bases del conductismo de la primera generación en su aplicación en el contexto clínico al retomar el análisis funcional de la conducta como base de la evaluación y explicación del comportamiento humano, el énfasis en la conducta verbal y la influencia del ambiente o contexto en la conducta humana así como una perspectiva diferente de los problemas psicológicos o trastornos. Estas 3 generaciones de enfoques que han surgido a través del tiempo no necesariamente reemplazan o sustituyen a las demás, más bien, lo que las diferencia es la manera

en cómo abordan el objetivo de tratar el sufrimiento humano lo cual depende en gran parte de la cosmovisión o supuestos filosóficos que orientan el quehacer científico de cada uno de estos tres paradigmas de la psicología, es decir, dichos supuestos filosóficos establecen los criterios que definen lo que será evidencia científica en cada uno de estos enfoques (Hayes & Hoffman, 2018).

La terapia cognitivo conductual y ahora las terapias contextuales actualmente han formado parte en menor o mayor medida en la investigación sobre tratamientos eficaces para la atención de los cuidadores familiares de sobrevivientes de enfermedades críticas incluido el COVID-19 como se examinará en el siguiente subtema.

La TCC: aplicaciones en familias de pacientes sobrevivientes de enfermedades críticas

Las familias de pacientes sobrevivientes de enfermedades críticas son propensas a desarrollar el síndrome posterior a cuidados intensivos el cual comprende la presencia de sintomatología de depresión, ansiedad y estrés postraumático de duración variable que puede ir de unos cuantos meses hasta años, es por ello que en los últimos años se han desarrollado intervenciones basadas en evidencia para prevenir estos síntomas que pueden experimentar los cuidadores familiares tras el alta. Dichas intervenciones se han realizado desde el contexto de diferentes vertientes o campos de conocimiento, por ejemplo, desde la unidad de cuidados intensivos se han implementados los Diarios de la UCI, estos diarios tienen la función de que el paciente recuerde el proceso en cuidados intensivos con claridad de tal manera que no queden lagunas del proceso, esto con motivo de que las brechas en la memoria que experimentan los y las pacientes tras la salida de la UCI se han asociado con trastornos psiquiátricos como los ya

mencionados en esta sección de modo que la aplicación de los diarios, al mejorar esta condición, han mostrado efectos en la reducción la ansiedad, depresión y mejoras en la calidad de vida de las familias y pacientes (McIlroy et al., 2019; Barreto et al., 2019). Por otra parte, también se están implementado tecnologías como la realidad virtual para facilitar la comunicación entre el personal médico y los cuidadores familiares, como el mismo objetivo de minimizar el factor de riesgo relacionado a la falta de información sobre los cuidados intensivos y la comprensión de los procedimientos médicos, que de no atender esta necesidad, puede derivar en el desarrollo de TEPT de los familiares por ello es que la implementación de la realidad virtual puede mejorar en gran manera esta necesidad información requerida por los familiares (Vlake et al., 2021).

Así mismo, la Terapia de reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular (EMDR) la cual ha demostrado tener eficacia de manera cabal en la reducción la sintomatología de estrés postraumático también a sido aplicada con familiares de pacientes sobrevivientes de enfermedades críticas, por ejemplo, Cairns et al. (2019) implementó la terapia EMDR para el manejo del estrés y prevención de síndrome posterior a cuidados intensivos en la familia en cónyuges de pacientes sobrevivientes de enfermedades críticas, obteniendo resultados favorables al disminuir el estrés de los cónyuges teniendo un efecto positivo sobre los síntomas del síndrome posterior a cuidados intensivos.

Por otra parte, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una intervención no farmacológica basada en evidencia que entre sus muchas aplicaciones ha sido implementada en el tratamiento de las familias de pacientes sobrevivientes de enfermedades críticas en diferentes modalidades, los estudios que se han realizado han tenido resultados alentadores en la reducción

de la sintomatología de ansiedad, depresión y estrés postraumático así como la mejora de la calidad del sueño. Por ejemplo, el estudio realizado por Vranceanu et al. (2020) evaluó el efecto de una intervención de resiliencia diádica basada en la TCC para reducir los síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático entre los pacientes sobrevivientes de enfermedad crítica neurológica y sus cuidadores informales por medio de un ensayo clínico aleatorizado de un solo sitio y grupo control; la muestra estuvo compuesta por 58 díadas (paciente y cuidador familiar) todos mayores de 18 años, se excluyeron aquellos que no tuvieron acceso a un teléfono inteligente o computadora y aquellos no autorizados médicamente para la participación. La intervención se llevó a cabo a través de 6 sesiones en donde se entrenaron los siguientes componentes: Habilidades de autocuidado y adherencia, regulación emocional, habilidades sociales y habilidades de afrontamiento. Las técnicas que se emplearon para este propósito fueron el mindfulness, técnica de respiración diafragmática, dialéctica conductual, entrenamiento en habilidades sociales, árbol de afrontamiento de decisiones y psicoeducación. Los instrumentos utilizados en el pretest y posttest fueron la escala de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS) y la lista PCL-C que evalúa la gravedad de los síntomas de estrés postraumático. Los resultados posterior a la intervención fueron clínicamente significativos en la reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático tanto en sobrevivientes como cuidadores en comparación con su estado previo al comienzo del tratamiento, asimismo se observaron mejoras en las habilidades de la interacción interpersonal entre los sobrevivientes y sus cuidadores, estos resultados se mantuvieron a los 3 meses posterior al tratamiento.

De forma similar, Pace et al. (2019) realizaron un estudio con sobrevivientes de cánceres tumorales sólidos y sus cuidadores informales para medir el efecto del entrenamiento cognitivo

basado en la compasión en comparación con la intervención de educación para la salud para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de estos usuarios a través de un ensayo controlado aleatorizado y grupo control. La muestra estuvo constituida por 41 participantes constituidas por sobrevivientes (de edad promedio de 61 años, el 88% eran mujeres) y su cuidadores (de edad promedio de 61 años, el 61% eran mujeres), se excluyeron las personas menores de 21 años, aquellos con enfermedad mental grave subyacente y los que se encontraba en un tratamiento similar al propuesto por el estudio. Se incluyeron a participantes que al menos reportaron ansiedad y depresión leve. La intervención se llevó a cabo a través de 8 sesiones (1 sesión por semana) de duración aproximada de 120 minutos, los componentes que se entrenaron fueron: habilidades de atención plena y concentración, entrenamiento en relajación y compasión a través de técnicas principalmente basadas en mindfulness así como técnicas de relajación como respiración diafragmática y relajación de la tensión muscular. El instrumento empleado en el pretest y posttest fueron el instrumento PROMIS de forma corta en sus versiones para ansiedad, depresión y fatiga y el índice de calidad de vida. Los resultados mostraron mejoras en la calidad de vida tanto de sobrevivientes como cuidadores incluso superiores al grupo control cuando las diadas incluían un cuidador que fuera cónyuge o pareja en comparación con quienes no cumplían esta condición.

Por otra parte, Salem et al., (2020) realizaron un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico de dos brazos con familias de sobrevivientes de cáncer infantil, en total fueron 204 participantes (109 madres y 95 padres) de edad promedio de 36,5 años, para evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual denominada Apoyo Centrado en la Familia, para las sintomatologías de TEPT, depresión y ansiedad a los 6 y 12 meses de seguimiento; los

componentes que se entrenaron fueron: estrategias de regulación emocional, mejora de la comunicación familiar, habilidades de solución de problemas y conocimiento sobre el cáncer infantil, para esto se emplearon las siguientes técnicas como: la reestructuración cognitiva basada en el ABC de la terapia cognitiva, técnica de resolución de problemas, psicoeducación y la técnica del camino de la familia a través del cáncer. La intervención se llevó a cabo a través de 7 sesiones presenciales de hora y media de duración; la cual fue completada en el transcurso de 6 meses. Los instrumentos que se emplearon en el pretest y postest fueron el cuestionario de trauma Harvard para medir estrés postraumático y la lista de verificación de síntomas-92-revisada para medir síntomas de ansiedad y depresión. Los resultados de la intervención mostraron una disminución de depresión y ansiedad a los 6 y 12 meses de seguimiento en relación al grupo control, en cuanto a los síntomas de estrés postraumático no se observaron diferencias significativas a los 6 meses en relación al grupo control pero sí a los 12 meses en donde la TCC fue superior al grupo control en relación a la reducción de los síntomas de TEPT (Bidstrup et al., 2023).

Se puede concluir, que desde el enfoque cognitivo-conductual las técnicas que usualmente se han empleado en atención a la disminución de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés y TEPT de los cuidadores familiares y pacientes sobrevivientes de enfermedades críticas han sido las técnicas de reestructuración cognitiva a través del modelo ABC, atención plena, respiración diafragmática, dialéctica conductual, resolución de problemas y psicoeducación (Vranceanu et al., 2020; Bidstrup et al., 2023; Pace et al. 2019; Petrinc et al., 2021). El promedio de sesiones empleadas fueron 7 sesiones de duración por cada sesión de 90 minutos en promedio. Los componentes entrenados han sido heterogéneos entre los estudios, de manera general, las intervenciones se han enfocado en que los cuidadores familiares modifiquen pensamientos

irracionales relacionados con el evento traumático, desarrollo de habilidades para el entendimiento y manejo de las emociones, mejora de la comunicación familiar, estrategias para el autocuidado, habilidades para quedarse en el aquí y ahora, para hacer frente a la incertidumbre y resolver problemas, habilidades adaptación a la vida después de la UCI, la enseñanza estrategias para mantener la adherencia a la rehabilitación, estrategias para mitigar el miedo a la recurrencia de la enfermedad y reorientación de la experiencia hacia un horizonte de sentido.

La TCC: aplicaciones en pacientes COVID, sobrevivientes y cuidadores familiares

Como se ha visto en apartados anteriores durante la pandemia por COVID-19 aquellos pacientes infectados con COVID-19, los sobrevivientes de esta enfermedad y sus familiares, así como aquellos familiares en duelo que perdieron a su ser querido debido a la enfermedad experimentaron respuestas psicológicas similares durante y después de la enfermedad, siendo las más comunes, el estrés, la ansiedad, depresión, estrés postraumático e insomnio. De modo tal, que las intervenciones psicológicas realizadas en el contexto de la pandemia de COVID-19 para estos grupos vulnerables han enfocado su atención en la reducción de esta sintomatología pero también en mejorar la calidad de vida de estos usuarios. En ocasiones estas intervenciones han incluido diadas entre pacientes con COVID-19 o sobrevivientes y sus cuidados familiares, o también, de forma separada se han abordado estos grupos vulnerables. Los profesionales de la salud como enfermeros, psiquiatras, médicos y psicólogos han participado activamente en la evaluación de la eficacia de estas intervenciones quienes principalmente han tomado como base los principios de la terapia cognitivo-conductual para el desarrollo de estas intervenciones.

Por ejemplo, Mirhosseini et al. (2022) evaluaron el efecto una intervención psicoeducativa con 70 cuidadores familiares (55,7% eran mujeres) de sobrevivientes de COVID-19, se excluyeron aquellos participantes con trastornos psicológicos o con problemas de adicción a sustancias, los que no tenían acceso a internet y un dispositivo móvil o computadora desde la cual conectarse. El estudio se realizó bajo un diseño de ensayo controlado aleatorizado con pretest y posttest y 3 grupos (2 de intervención y 1 control). Los instrumentos que se emplearon para el pretest y posttest fueron la Lista de verificación de las necesidades educativas de COVID-19 y la Escala de Estrés Percibido (PSS-14). La intervención consistió en 6 sesiones grupales psicoeducativas a través de videollamada de WhatsApp de 35 a 45 minutos de duración. Los componentes que se entrenaron en los cuidadores familiares fue la capacitación para el uso de equipos de protección y el cuidado de sobrevivientes de COVID-19 en casa y la gestión de la nutrición, control del estrés y adquisiciones de habilidades de solución de problemas. Para tal propósito se emplearon las técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación y resolución de problemas. Los resultados mostraron una reducción significativa de los niveles de estrés de los cuidadores familiares en comparación con la línea base y el grupo control posterior a la intervención.

Por su parte, el estudio realizado por Biagiante et al. (2023) llevaron a cabo una intervención de telepsicoterapia basada en el enfoque cognitivo-conductual de un solo brazo con pacientes con COVID-19 y sus familiares (n=88), para evaluar la viabilidad y el impacto de la intervención sobre cambios psicológicos previos y posteriores a la intervención relacionados con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático. Se excluyeron aquellas personas con trastornos psicóticos, trastorno bipolar, problemas con abuso de sustancias actual, deterioro cognitivo,

condición médica grave y aquellos que ya se encontrarán participando en otro estudio en donde se evaluará algún tratamiento psicológico. La intervención se desarrolló a través de 8 sesiones (1 por semana) en formato individual y online de 50 minutos de duración. Los componentes entrenados fueron la regulación emocional, estrategias para permanecer en el momento presente, y habilidades para la prevención de recaídas; las técnicas que seleccionaron para estos propósitos fueron: psicoeducación, reestructuración cognitiva, Mindfulness, técnicas de relajación guiada y dialéctica conductual (Biagianti et al., 2021). Los instrumentos que se emplearon en el pretest y posttest fueron el cuestionario para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) que evalúa la gravedad de los síntomas de depresión, el índice de gravedad del insomnio (ISI), la Escala del Impacto del Evento Revisada (IES-R) y el Cuestionario de Salud General (GHQ-12). Los resultados preliminares en cuanto a eficacia mostraron una reducción significativa de al menos 10% de ansiedad, depresión, síntomas postraumáticos, trastornos del sueño y mejora del bienestar psicofísico en general posterior a la intervención.

En cuanto al grupo de sobrevivientes de COVID-19, Soriano-Moreno et al. (2022) llevaron a cabo un estudio con 103 sobrevivientes de COVID-19 severo que recibieron tratamiento de oxígeno de alto flujo, de edad media de 48 años, en su mayoría hombres (71%) en donde, por medio de un ensayo controlado aleatorizado con dos grupos (grupo de intervención y grupo control), se evaluó la eficacia de un programa de rehabilitación integrado con fisioterapia y apoyo psicológico en la mejora de la función pulmonar, la salud física en general y el bienestar psicológico de estos usuarios. Se excluyeron aquellos participantes con diagnósticos psiquiátricos subyacentes. La intervención se realizó en un periodo de 12 sesiones presenciales de rehabilitación respiratoria a domicilio y 6 sesiones telefónicas de terapia psicológica de 1 hora de duración y de

manera semanal. En cuanto al contenido de la intervención psicológica, los componentes que se entrenaron fueron las habilidades para la resolución de problemas planificada, estrategias para mejorar la motivación para la acción, superación de la sobrecarga cerebral y detener y reducir la velocidad, asimismo se emplearon las técnicas de psicoeducación, resolución de problemas y técnicas de regulación emocional (conteo, meditación guiada, respiración profunda, bostezo falso, meditación consciente, ejercicio muscular profundo, caminata consciente). Los instrumentos que se emplearon en el pretest y postest fueron el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), Cuestionario para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), la Escala del impacto del Evento Revisada (IES-R) que mide estrés postraumático y la Encuesta de Salud SF-36 que mide calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados posterior a la intervención mostraron mejoras en la función pulmonar a partir de la semana 7, de igual manera la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés postraumático disminuyeron durante y posterior a la intervención (Soriano-Moreno, 2022).

En el caso de aquellos pacientes que presentaron un cuadro de COVID-19 leve Fan et al. (2021) evaluaron los efectos de la terapia de exposición narrativa en 111 pacientes con COVID-19 leve para la sintomatología relacionada con el estrés postraumático, en su mayoría participaron mujeres (62,12%), de edad promedio de 46,38 años con síntomas principalmente de trastorno de estrés postraumático. Se empleó un diseño de estudio de ensayo controlado aleatorizado prospectivo y multicéntrico de dos grupos (intervención y control) a través de 8 sesiones semanales de 90 a 120 minutos de duración por sesión en donde se entrenaron los siguientes componentes: regulación emocional y superación del trauma. Asimismo se emplearon las técnicas de exposición narrativa, psicoeducación y la construcción de la línea de tiempo de los eventos de la vida. Los

instrumentos que se emplearon en el pretest y posttest fue la lista checable de trastorno de estrés postraumático (PCL-5), la escala de depresión de autoevaluación (SDS), la escala de ansiedad de autoevaluación (SAS) y el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PQSI). Los resultados mostraron que los síntomas relacionados con el TEPT mejoraron a un nivel normal después de la intervención con efectos significativamente superiores al grupo control. En cuanto a los síntomas de ansiedad, depresión y calidad del sueño los efectos mejoraron tanto en el grupo control como en el grupo de la intervención, no habiendo diferencias significativas entre ambos lo cual indicó que la intervención resulta eficaz para reducir síntomas relacionados con el estrés postraumático en pacientes que padecieron COVID-19 leve.

Por otro lado, en el caso de aquellos familiares en duelo que perdieron a su ser querido debido a la enfermedad de COVID-19, Reitsma et al. (2023) llevaron a cabo un estudio durante la pandemia de COVID-19 para evaluar el efecto a corto plazo de una intervención cognitivo-conductual en 65 adultos (de edad promedio de 53,82 años, 55 mujeres y 10 hombres) en duelo para reducir los síntomas relacionados con el trastorno de duelo complejo persistente temprano, el trastorno de estrés postraumático y los síntomas de depresión de esta población a través de un ensayo controlado aleatorizado monocéntrico con dos grupos (grupo de intervención y grupo control), se incluyeron aquellos familiares que perdieron a un familiar debido a cualquier enfermedad, de los cuales el 24,6 % fue por COVID-19 y se excluyeron aquellas personas sin acceso a internet, con antecedentes de diagnóstico de trastorno psicótico o alta ideación suicida. La intervención se llevó a cabo a través de 8 sesiones semanales de 2 horas de duración por sesión en formato online en un periodo máximo de 12 semanas. Los instrumentos que se emplearon para la evaluación de los participantes fueron la Lista de Verificación de 20 elementos del TEPT para

el DSM-V (PCL-5) y el Cuestionario de Salud del Paciente de 9 elementos para medir la gravedad de la depresión (PHQ-9). Los componentes que se trabajaron en la intervención fueron: regulación emocional, manejo del duelo y el trauma y la reincorporación de actividades significativas para los usuarios. Para esto se emplearon las técnicas de reestructuración cognitiva, exposición, psicoeducación y activación conductual. Los resultados indicaron que los niveles trastorno de duelo complejo persistente, estrés postraumático y depresión fueron significativamente más bajas posterior a la intervención cognitivo-conductual en comparación con el grupo control.

De forma similar, England et al. (2022) llevó a cabo un estudio piloto de un solo brazo con 19 familiares (79% mujeres) responsables de la toma de decisiones médicas de pacientes fallecidos por COVID-19 a quienes se les administró una intervención basada en la activación conductual para abordar los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático 7 meses después del alta del hospital. El estudio evaluó el compromiso de los participantes para participar, las percepciones y las respuestas con respecto a la intervención para analizar si el programa podría tener efectos potenciales significativos en los síntomas ya mencionados utilizando una metodología mixta. Se incluyeron aquellas familias con pacientes ventilados mecánicamente por lo menos 3 días. La intervención se llevó a cabo a través 6 sesiones en línea de 60 minutos de duración durante 8 semanas en donde se entrenaron los siguientes componentes: estrategias de autocontrol emocional, identificación de valores personales, programación de eventos agradables con base en valores personales y habilidades de atención plena. Las técnicas empleadas se basaron en los principios de la terapia de activación conductual. Las medidas que se emplearon en el pretest y posttest fueron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala del Evento Revisada (IES-R) que mide estrés postraumático, también se realizaron entrevistas cualitativas después de que se

completó la intervención. Los resultados mostraron reducciones significativas y moderadas de ansiedad, depresión y estrés postraumático en donde se destacó la disminución grande en los síntomas de evitación del TEPT. Los resultados cualitativos revelaron que los participantes percibieron la intervención de manera positiva al tener una oportunidad de sentirse apoyados y de interactuar con otras personas en circunstancias similares lo que puede ayudar al proceso de duelo experimentado por los participantes.

Existen otros estudios que en la actualidad se encuentran en una fase preliminar por lo que los resultados en cuanto a eficacia no se han informado aún, pero sí los protocolos de estudio, por ejemplo, el protocolo de estudio de Ojeda et al. (2021) plantean realizar una intervención para el manejo del síndrome posterior a cuidados intensivos y el dolor crónico en pacientes sobrevivientes de COVID-19 de la UCI por medio de un ensayo controlado aleatorizado comparativo y prospectivo de un solo centro con dos grupos (grupo control y de intervención). Se incluirán aquellos pacientes que hayan estado en la UCI al menos 10 días, que hayan tenido delirios durante la estancia y que experimenten debilidad física posterior al alta. Distintas medidas fisiológicas se han programado para medir el funcionamiento físico del usuario, en cuanto a la medición psicológica, se emplearán la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y la lista checable de estrés postraumático (PCL-5). Se plantea que la intervención tenga una duración de 7 sesiones (1 por semana) de una hora y media de duración por sesión. Los componentes que se trabajarán serán la educación sobre el síndrome posterior a cuidados intensivos, autocontrol emocional y educación terapéutica sobre el dolor. Las técnicas que serán empleadas son: técnicas de relajación (relajación muscular progresiva y respiración diafragmática), activación conductual, programa de autoreforzamiento y generalización.

De igual importancia el protocolo de estudio de Hakanson et al. (2022) plantea evaluar y comparar los efectos de la terapia cognitivo-conductual en conjunto con la terapia de aceptación y compromiso en comparación con la atención estándar recibida después de una enfermedad crítica por COVID-19 en la reducción de los síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático y calidad de vida relacionada con la salud, lo anterior por medio de un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico con dos grupos (grupo control y grupo de intervención) que se llevará a cabo con sobrevivientes de COVID-19 severo 12 meses después del alta de la UCI que presenten cualquiera de las sintomatologías descritas. Los instrumentos que se emplearán en la evaluación serán la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), la Lista chequeable de trastorno de estrés postraumático (PCL-5), la Encuesta de Salud SF-36 que mide calidad de vida relacionada con la salud y la Escala de Satisfacción con la Terapia y el Terapeuta (STTS). La estructura de la intervención será de 10 sesiones presenciales (1 sesión por semana). El estudio no informa sobre las técnicas y componentes que se entrenarán con los participantes del estudio.

A diferencia de lo anterior, algunos otros estudios no basados estrictamente en el enfoque cognitivo conductual también se han implementado o se planean implementar con miras también en reducir las secuelas psicológicas tanto de cuidadores familiares como a pacientes con COVID-19, tal es el caso de Nia et al. (2022) que evaluaron los efectos de un modelo de empoderamiento centrado en la familia sobre los síntomas de depresión, ansiedad y estrés de las familias con pacientes enfermos de COVID-19. El ensayo controlado aleatorizado que se llevó a cabo se basó principalmente en técnicas psicoeducativas estructurada con base en las necesidades principales de los cuidadores familiares y encaminadas a aumentar los conocimientos de la enfermedad de

COVID-19, la cuarentena, la medicación, la prevención del contagio, información relacionada a la nutrición, baño, desinfección de objetos en el hogar o en exteriores con el fin de incrementar las habilidades prácticas de los cuidadores familiares y autoeficiencia para controlar la enfermedad. Incrementar esta sensación de control en los cuidadores familiares tuvo como resultados que los síntomas de depresión, ansiedad y estrés disminuyeran posterior a la intervención, en vista de lo cual, se puede concluir que una técnica psicoeducativa sobre necesidades específicas de información con respecto a la enfermedad de COVID-19 puede coadyuvar de manera importante a reducir síntomas de ansiedad, depresión y estrés de los cuidadores.

Por otra parte, Si et al. en su protocolo de estudio (2021) planteó un diseño de intervención basado en Mindfulness con pacientes sobrevivientes de COVID-19 sobre los síntomas de estrés postraumático, depresión, ansiedad y síntomas físicos, como fatiga e insomnio. La intervención comprende un entrenamiento en habilidades de atención, autoconciencia, aceptación y discernimiento y la relación con pensamientos o emociones difíciles a través de técnicas basadas principalmente en meditaciones y en su práctica diaria progresiva con respecto al tiempo dedicado. Los resultados del presente ensayo controlado aleatorizado aún no se han publicado pero sirve a propósito de que la terapia cognitivo-conductual también ha incorporado elementos del Mindfulness.

En conclusión los resultados que han mostrado estas intervenciones con cuidadores familiares sobrevivientes de enfermedades críticas incluyendo la enfermedad de COVID-19 han resultado favorables contribuyendo a la reducción de los síntomas principalmente relacionados con el estrés, depresión, ansiedad, estrés postraumático y calidad del sueño dentro de quienes se

incluye a aquellos pacientes con COVID-19 o sobrevivientes. Las principales técnicas que se han empleado tanto en los estudios ya realizados como en los protocolos de estudio han sido la psicoeducación, mindfulness, técnicas de relajación (respiración diafragmática, relajación muscular, relajación guiada) reestructuración cognitiva, resolución de problemas y activación conductual con una duración promedio de 7 sesiones y 83.88 minutos de duración por sesión. Las habilidades entrenadas en las intervenciones han sido heterogéneas y parten de las necesidades de los grupos en particular, en el caso de las intervenciones realizadas con cuidadores familiares de pacientes con COVID-19 o sobrevivientes así como los cuidadores familiares de sobrevivientes por otras enfermedades críticas han sido la regulación emocional, capacitación sobre la enfermedad del familiar, el cuidado del paciente y medidas preventivas; estrategias de control del estrés y solución de problemas; habilidades de autocuidado y habilidades de atención plena.

Sin embargo, es importante mencionar, con base en lo planteado en los apartados teóricos presentados que cuando se disminuyen los niveles de ansiedad, depresión y estrés mejora la calidad de vida relacionada con la salud de las personas, además, cabe mencionar que otra variable que contribuye considerablemente a la calidad de vida de las personas es el estilo de vida saludable que deciden adoptar las personas, durante la pandemia el estilo de vida no saludable de las personas aumentó, lo que la literatura científica al respecto señala que un factor protector de la salud durante la pandemia de COVID-19 fue el mantener un estilo de vida saludable que incluya actividad física ya que esto se asocia directamente con un mejor bienestar y bajos niveles de depresión, ansiedad y estrés por lo que dentro de las intervenciones con cuidadores familiares de sobrevivientes de COVID-19 también sería importante incorporar una fase que modifique y

promueva un estilo de vida saludable de las personas que repercuta en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas.

MÉTODO GENERAL

Justificación

La enfermedad de COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2 ha ocasionado una serie de estragos diversos a la población mundial, desde problemas fisiológicos hasta problemas sociales, económicos y psicológicos (Urzúa et al. 2020). En México, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023) se estima un total de 7,544,489 de casos confirmados acumulados hasta la fecha, con un total de 333,539 muertes. Del total de casos confirmados el 9.97% requirió de hospitalización y el restante se resguardó en el hogar (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CONACYT], 2023).

Estos pacientes que lograron recuperarse de COVID-19 y que además pasaron por la unidad de cuidados intensivos aún tienen que lidiar con las secuelas físicas de la enfermedad como es la disminución de la capacidad pulmonar, los problemas renales, neurológicos, cardiovasculares, hepáticos y gastrointestinales (Ponce et al. 2020; Ramón y Cajal Agüeras, 2020). Estas situaciones aunado a los problemas económicos que puedan resultar y los problemas sociales impactan directamente en el bienestar psicológico de los pacientes pero también en el bienestar psicológico de sus familias. Se ha demostrado que la enfermedad de un miembro de la familia puede afectar significativamente la calidad de vida de la familia cercana, incluso el impacto emocional en términos de malestar puede ser mayor que el del mismo paciente (Golics et al. 2013).

Los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático pueden estar presentes en los cuidadores familiares de sobrevivientes de COVID-19 hasta 12 meses después del alta hospitalaria de acuerdo con los estudios más actuales (Heesakkers et al., 2022; Lovik et al., 2023), sin embargo,

existe evidencia, de acuerdo con estudios realizados con familiares de pacientes sobrevivientes por otras enfermedades críticas, de que la sintomatología de ansiedad, depresión y estrés postraumático pueden estar presentes hasta 54 meses después del alta (Jonhson et al., 2019). Al respecto, Davidson et al. (2012) explican que el síndrome familiar posterior a los cuidados intensivos es una respuesta a la enfermedad crítica que se caracteriza por la presencia de síntomas relacionados con la ansiedad, depresión, trastorno de estrés agudo, estrés postraumático y duelo complicado que se presenta al salir de la UCI y pueden estar presentes hasta 4 años después. En el caso de los familiares de estos pacientes sobrevivientes de COVID-19, Shah et al. (2021) muestra que incluso han tenido un sufrimiento mayor que el de familiares de pacientes con otras enfermedades crónicas graves, en vista de las condiciones inherentes al contexto de la pandemia que no tuvieron que vivir las familias de pacientes sobrevivientes por otras enfermedades críticas como las normas preventivas contra la propagación del virus como fue la restricción de visitas en los hospitales y la evitación del contacto en general con las personas fueron medidas adicionales que hicieron que el proceso fuera aún más angustiante y difícil de sobrellevar incluso posterior al alta de la UCI. Pese a la importancia de estos grupos vulnerables la investigación multidisciplinar del sector salud es escasa con respecto al cuidado de pacientes sobrevivientes a COVID-19 y sus familias.

La terapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia en el trabajo con cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de enfermedades críticas para reducir el malestar psicológico y mejorar la calidad de vida de este sector por medio de estrategias de intervención como son la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, atención plena, técnicas de relajación, dialéctica conductual y resolución de problemas, dichas estrategias han resultado eficaces en la reducción de la sintomatología de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático así como la mejora

de la calidad de vida de los cuidadores primarios (Vranceanu et al., 2020; Salem et al., 2020; Pace et al., 2019; Petrinec et al., 2021). Los resultados de estas intervenciones son consistentes con las intervenciones basadas en la terapia cognitivo conductual con cuidadores familiares de pacientes con COVID-19 y sobrevivientes, las cuales han mostrado eficacia en la disminución de los síntomas de estrés, ansiedad, depresión y estrés postraumático (Mirhosseini et al., 2022; Biagianti et al., 2021; Reitsma et al., 2023; England et al., 2022; Nia et al., 2022).

Por lo que este estudio pretende aportar evidencia específica al campo de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes a COVID-19 con el objetivo de generar conocimientos en relación a la identificación de posibles sintomatologías como factores de riesgo, como es ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático que puedan estar relacionadas con el nivel de calidad y estilo de vida relacionados con la salud de los familiares. Ello para implementar una intervención cognitivo conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad de vida y estilo de vida relacionado con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes a COVID-19 y posteriormente evaluar el efecto de la intervención al implementarla con las familias.

Objetivo General

Evaluar el efecto de la terapia cognitivo conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionada con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19 que padecieron cualquiera de las siguientes sintomatologías: ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático.

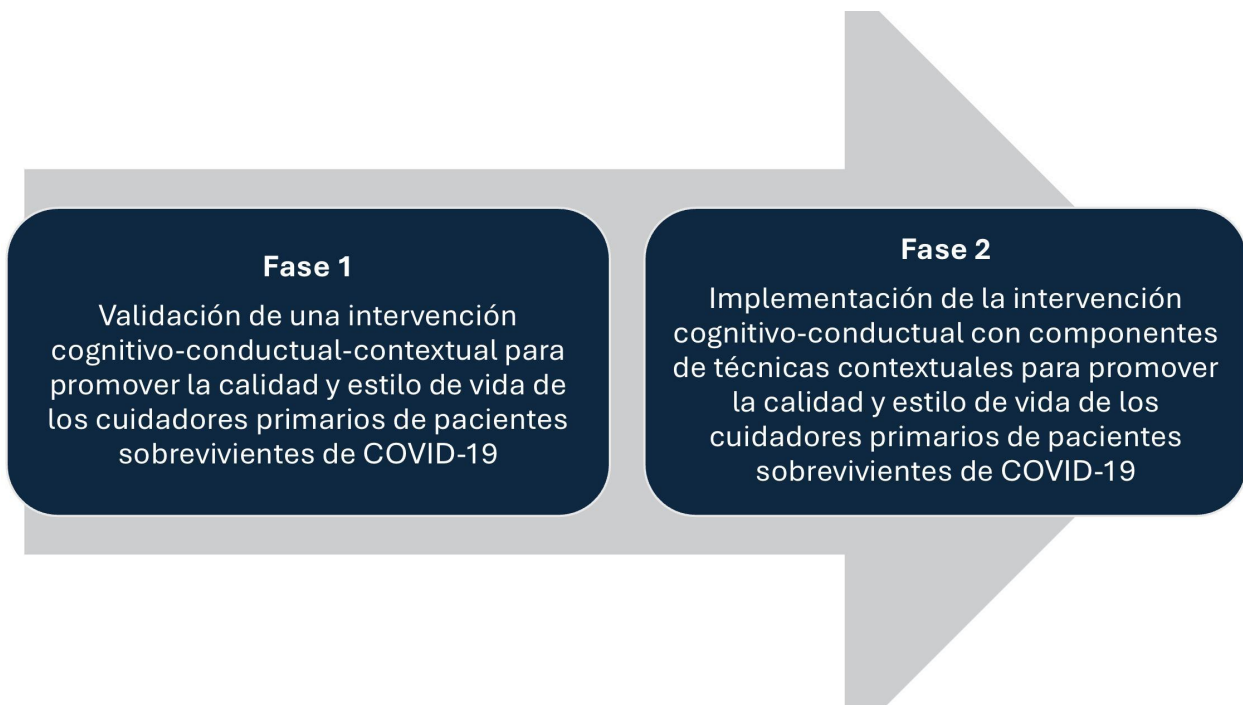
Objetivos específicos

1. Diseñar una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19 validada por jueces expertos que cumpla con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.
2. Implementar una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionada con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19.

Para lograr la presente investigación el estudio se dividirá en 2 fases:

Figura 1

Descripción de las fases de la investigación



MÉTODO FASE I

Pregunta de investigación Fase I

¿Cómo es evaluada una intervención cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19?

Objetivo general Fase I

Diseñar una intervención cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19 validada por jueces expertos que tenga los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Objetivos específicos Fase I

1. Diseñar una intervención cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19.
2. Diseñar materiales de uso clínico en formato digital para los propósitos de la intervención
3. Someter a validación por jueces expertos las cartas descriptivas de la intervención cognitivo conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19 para determinar si cumple los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Tipo de estudio Fase I

Descriptivo

Diseño Fase I

Transversal

Variables Fase I

Tabla 4

Variable dependiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Intervención cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19	Selección de técnicas cognitivo-conductuales con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19	Técnicas seleccionadas para la intervención (Psicoeducación, activación conductual, resolución de problemas, autoinstrucciones mindfulness, autorregistros, programación de actividades)

Tabla 5

Variable independiente.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Validación por jueces	Opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidos por otros como expertos cualificados en éste y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar-Perez & Cuervo-Martínez, 2008).	Puntaje obtenido en el cuestionario de jueces expertos para la validación de la intervención cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19.

Hipótesis Fase I

H1: Las características de la intervención cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales tiene los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

H0: Las características de la intervención cognitivo conductual con componentes de técnicas contextuales no tiene los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Participantes Fase I

Muestra

Expertos en la teoría y práctica de la psicoterapia cognitiva- conductual y/o contextual.

Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia

Criterios de inclusión

- Contar con licenciatura, maestría o doctorado en psicología.
- Contar con los conocimientos y experiencia de al menos dos años en la práctica de la psicoterapia cognitivo-conductual o contextual
- Que acepte participar como parte del grupo de jueces expertos en aprobación de la intervención

Criterios de exclusión

- Rechazar participar como juez experto en la validación

- No contar con experiencia mínima de 2 años en la práctica de la psicoterapia cognitivo conductual o contextual

Criterios de eliminación

- No terminar de contestar el cuestionario de jueces expertos para la validación de la intervención cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19

Instrumentos Fase I

Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la intervención cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19:

lista de criterios que evalúan la estructura de la intervención para determinar si cumple con las normas éticas, la adecuación de los objetivos, así como las técnicas y materiales que se utilizarán y si estos son apropiados para la población objetivo (ANEXO 7)

Análisis de datos propuesto Fase I

Análisis estadístico descriptivo de las respuestas de los jueces expertos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22.

Procedimiento Fase I

A partir de la revisión del estado de la cuestión se llevó a cabo la formulación de caso teórico basado en el modelo de solución de problemas de Nezá, Nezá y Lombardo para la identificación de las variables asociadas a los síntomas sobre las cuales desarrollar la intervención, posteriormente con base en la literatura se identificaron las principales técnicas y componentes

basados en la psicoterapia cognitivo-conductual-contextual para la implementación de una intervención con cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19 que promueva la calidad y estilo de vida relacionados con la salud y que prevenga el desarrollo de síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático en los cuidadores. Posteriormente se diseñó la propuesta de tratamiento “Acción para la Salud” basado en la psicoterapia cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales compuesta de 8 sesiones, implementando 1 sesión por semana, dando un total de 8 semanas, con una duración de 90 minutos por sesión. Para la validación de la intervención por jueces expertos se realizó una presentación PowerPoint donde se incluyó los objetivos y las características de la intervención como las técnicas, actividades, procedimientos y resultados esperados en cada sesión.

A continuación se realizó un formulario el Google forms, el cual contuvo el consentimiento informado y el cuestionario de jueces expertos para la validación de la intervención cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19 (ANEXO 7)

Posteriormente se contactó a cada juez experto y se les envió la presentación PowerPoint. Se les solicitó que contestaran el CJEXI y finalmente se analizaron los datos de manera descriptiva utilizando el software SPSS en su versión 22.

Resultados fase I

Descripción de las sesiones

A continuación se muestra el mapa teórico de patogénesis así como el mapa de alcance de metas sobre la cual se diseñó la intervención.

Figura 2

Mapa teórico de patogénesis realizado durante el periodo de la enfermedad

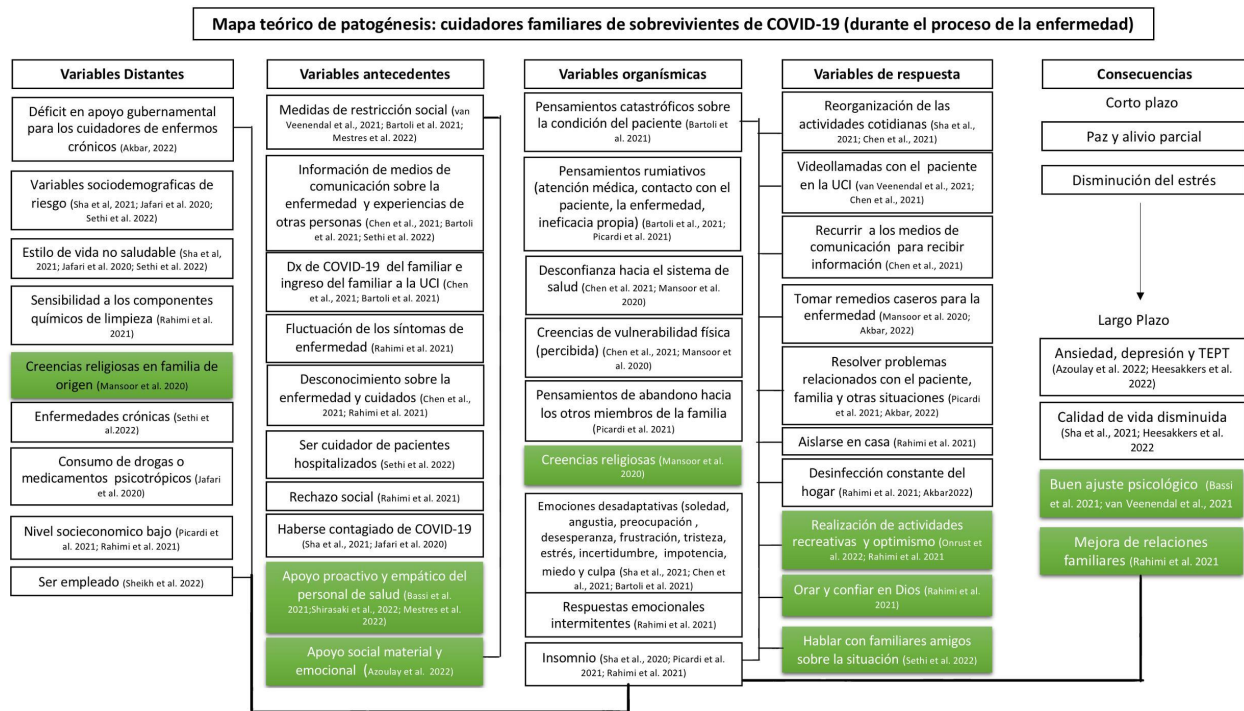


Figura 3

Mapa teórico de patogénesis posterior a la enfermedad

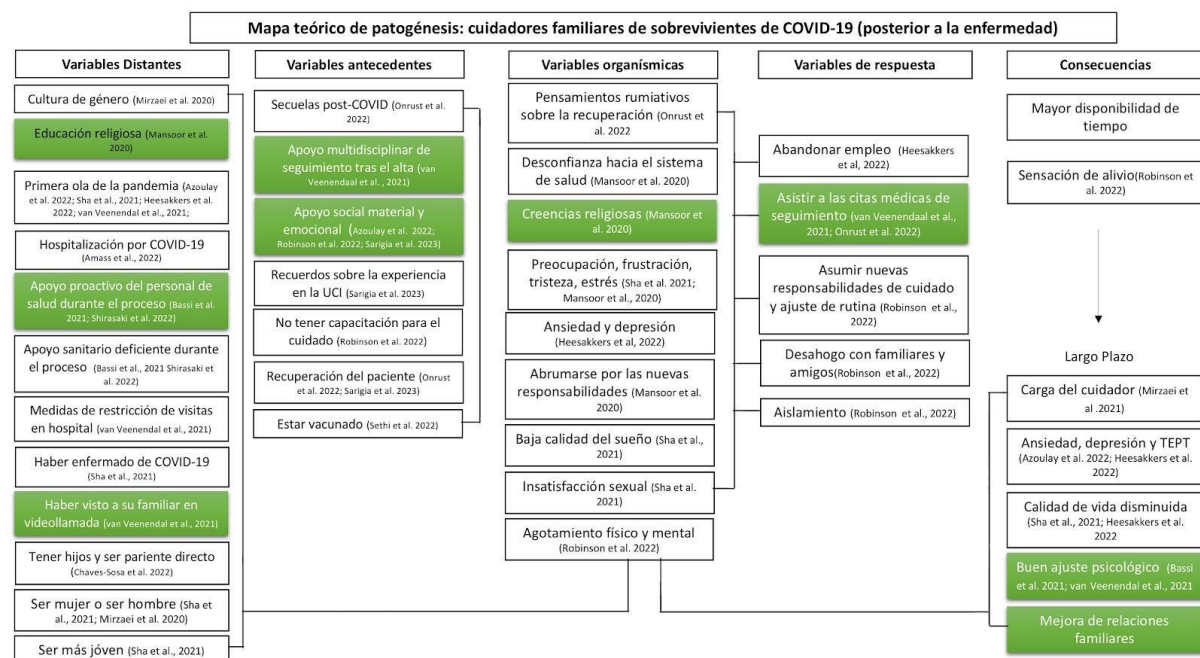
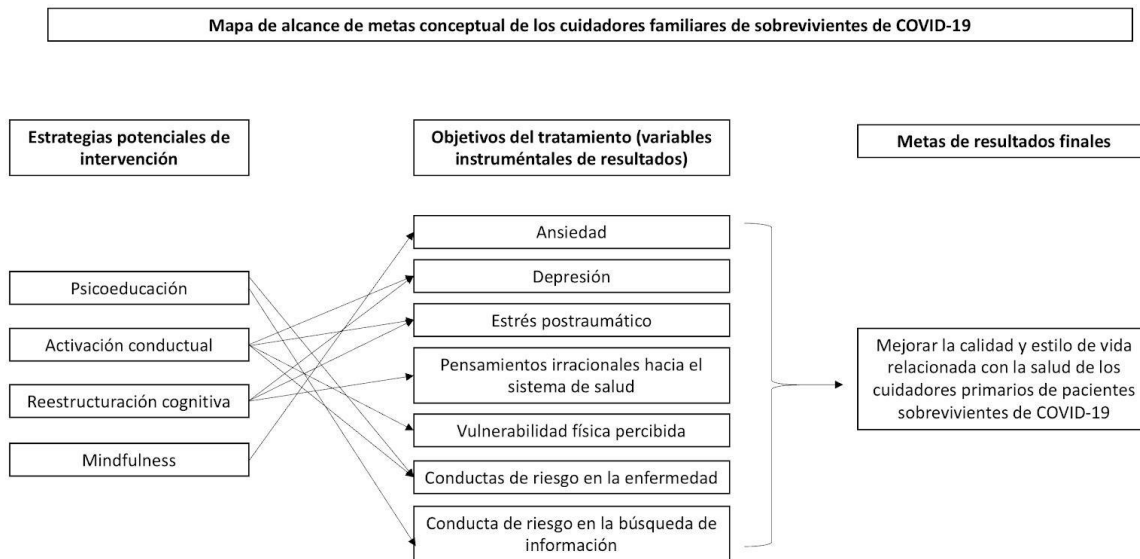


Figura 4

Mapa de alcance de metas conceptual de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19



Descripción de las sesiones

La revisión de la literatura tuvo como resultado una intervención basada en la activación conductual con componentes de técnicas cognitivo-conductuales para promover la calidad y estilo de vida de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19 con duración de 6 sesiones de intervención, y 2 sesiones de evaluación (pretest-posttest) como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6

Carta descriptiva general de la intervención

SESIÓN	NOMBRE DE LA SESIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDAD GENERAL	TÉCNICAS A UTILIZAR	TIEMPO
Sesión 1	“Conociendo el problema”	Establecer el encuadre de la intervención, identificar factores de protección y	Que el usuario (a): - Se sienta cómodo y en un clima de confianza.	Se llevará a cabo: - El rapport y encuadre de la intervención (15 min).	- Entrevista - Autorregistros - Conducta-Emoción	90 minutos

		de riesgo en el cuidador familiar durante y posterior a la enfermedad de COVID-19.	- Conozca los elementos generales de la intervención. - Brinde información sobre la experiencia vivida; el investigador identificará factores de riesgo y protección a la salud durante y posterior a la COVID-19. - Aprenda a emplear el autorregistro y comprenda la importancia de realizarlo.	- Entrevista general (55 min). - La explicación del llenado del formato: Monitorización de Actividades y Emociones (20 min).		
Sesión 2	“Comprendiendo mis emociones después del COVID-19”	Promover el bienestar psicológico a partir de comprender el funcionamiento básico de las emociones, su relación con el contexto, los pensamientos y las conductas; identificar cómo estas relaciones pudieran haberse manifestado en el rol de cuidado tras la COVID-19.	Que el usuario (a): - Conozca la relación que existe entre los pensamientos, las emociones y las conductas y cómo esto influye en la manera en que se afrontan los eventos estresores como fue la COVID-19. - Comprenda cómo la COVID-19 pudo haber generado consecuencias en su bienestar físico y psicológico durante y posterior a la enfermedad.	- Evaluación del estado de ánimo y retroalimentación (15 min). - Explicación sobre el papel adaptativo de las emociones y su relación con los pensamientos, las conductas y el contexto (15 min). - Psicoeducación sobre los efectos psicológicos de la COVID-19 en las familias y sobrevivientes (20 min).	● Psicoeducación ● Meditación Mindfulness: Atención a la respiración	90 minutos

			- Que el usuario integre la práctica inicial de mindfulness como una estrategia complementaria para afrontar de manera más saludable las secuelas emocionales y cognitivas asociadas a la experiencia del cuidado tras la COVID-19.	- Identificar cómo las emociones tuvieron un papel adaptativo durante y después de la enfermedad (10 min). - Explicación y práctica de la atención plena como herramienta de regulación emocional (30 min).		
Sesión 3	“Información que cura: Pensar mejor para vivir mejor”	Modificar creencias de riesgo relacionadas con la salud-enfermedad y entrenar habilidades básicas en la búsqueda de información confiable.	Que el usuario (a): - Conozca los mitos y realidades más comunes en el contexto de la pandemia de COVID-19 y los riesgos a la salud que esto implicó. - Comprenda la relación que tienen las creencias de las personas en la adopción de conductas saludables y no saludables. - Aprenda habilidades básicas en la búsqueda de información de fuentes confiables y sea capaz de discriminar las fuentes de información	- Evaluación del estado de ánimo y retroalimentación (15 min). - Exponer que la falta de información confiable sobre el COVID-19 es un factor de riesgo para la salud, posteriormente se moldean habilidades básicas de búsqueda de información en fuentes confiables (60 min). - Modificar creencias de riesgo en el tema de salud-enfermedad del usuario, sustituyéndolas por creencias más objetivas y se alentará al	● Reestructuración Cognitiva: Debate empírico	90 minutos

			confiable de las no confiables.	usuario a actuar en conformidad con esta nueva perspectiva (60 min).		
				-		
Sesión 4	“Actúa de fuera hacia dentro ”	Gestionar el bienestar psicológico a partir de programar actividades placenteras de acuerdo con objetivos y valores más importantes del usuario, al margen de un estado anímico para incrementar el bienestar.	Que el usuario (a): - Comprenda cómo programar actividades puede modificar el estado de ánimo que lo lleve a experimentar un mayor bienestar. - Logre identificar sus valores de vida y su relevancia. - Se comprometa a programar algunas actividades relacionadas con sus valores de vida.	- Se comenzará evaluando el estado de ánimo del usuario (a) y con una práctica de Mindfulness (meditación etiquetando) (20 min). - Se identificarán los valores más importantes de la persona, y comenzará la programación de actividades de acuerdo con sus valores de vida (50 min). - Mostrar el llenado del formato Tabla de Actividades de la Activación Conductual y cierre (20 min).	● Programación de actividades ● Meditación Mindfulness: meditación etiquetando	90 minutos
Sesión 5	“Actúa saludablemente : de fuera hacia dentro”	Planificar comportamientos orientados a la salud a través de la programación de actividades.	Que el usuario (a): - Conozca que su bienestar psicológico también depende de que tenga conductas orientadas al mantenimiento	- Se comenzará evaluando el estado de ánimo de la persona y con una práctica de Mindfulness (meditación cerrada) (20 min).	● Programación de actividades ● Meditación Mindfulness: Atención a un único objeto	90 minutos

			del bienestar físico. - Conozca las conductas básicas para llevar un estilo de vida saludable. - Programe progresivamente actividades para implementar y/o fortalecer un estilo de vida saludable.	- Se mostrará la importancia y las maneras de llevar a cabo un estilo de vida saludable (40 min). - Se programarán actividades en la Tabla de Actividades de la Activación Conductual relacionadas con comportamientos saludables y sus valores (30 min).		
Sesión 6	“Menos pensamiento más acción”	Reorientar el pensamiento rumiativo y optar por un enfoque de solución de problemas y atención plena .	Que el usuario (a): - Conozca las consecuencias de mantener un pensamiento rumiativo. - Aprenda a identificar el pensamiento rumiativo, implemente norma de los 2 minutos y a detenerlo a través de la atención plena y el uso de la habilidad de solución de problemas.	- Se comenzará evaluando el estado de ánimo de la persona y con una práctica de Mindfulness (meditación abierta) (10 min). - Enseñar la técnica de la Norma de los dos minutos, y atención plena para modificar la relación del usuario con el pensamiento rumiativo (60 min). - Mostrar de forma general un modelo de solución de problemas como conducta	● Programación de actividades ● Norma de los dos minutos ● Solución de problemas ● Práctica Mindfulness: Meditación abierta	90 minutos *

				alternativa a la conducta de rumiación. - Se programarán actividades en la Tabla de Actividades de la Activación Conductual relacionadas con comportamientos saludables y sus valores (20 min).		
Sesión 7	De los problemas a las soluciones: decisiones que generan bienestar	Programar actividades de solución de problemas y toma de decisiones	Que el usuario (a): - Identifique y evalúe soluciones efectivas a un problema. - Seleccione y programe los pasos necesarios en la toma de decisiones - Conozca y practique la habilidad de autoinstrucciones como estrategia facilitadora del cambio	- Evaluación del estado de ánimo de la persona y retroalimentación de actividad de solución de problemas (10 min). - Determinar los pasos específicos de solución al problema (20 min). - Programar actividades de toma de decisiones para la solución de problemas, valores y comportamientos saludables (20 min) - Explicar y practicar la técnica de autoinstrucciones (40 min).	• Solución de problemas • Programación de actividades • Autoinstrucciones	90 min

Sesión 8	“Mis herramientas de vida”	Revisar y consolidar lo que ha resultado útil y anticipar desafíos futuros que puedan incrementar el riesgo de recaída.	Que el usuario (a): - Sea capaz de explicar lo aprendido durante la intervención y cómo esto se relaciona con su salud - Identifique las habilidades aprendidas en la intervención y cómo aplicarlas en diferentes contextos de su vida. - Ubique obstáculos y posibles factores de riesgo al mismo tiempo que genera alternativas de afrontamiento con base en lo aprendido - Seleccionar otras metas saludables a alcanzar con base en sus valores	- Evaluación del estado de ánimo y retroalimentación sobre las actividades realizadas entre sesiones (15 min). - Mostrar de forma gráfica el progreso del usuario y validar tanto los logros como desafíos superados (10 min). - Se repasan las herramientas que han resultado útiles, se analizan posibles riesgos y estrategias para afrontarlos y se anima al usuario a seguir empleando lo aprendido para futuros problemas (40 min). - Se identifican nuevas metas saludables y los primeros pasos para alcanzarlas (25 min)	● Solución de problemas ● Programación de actividades	90 minutos
----------	----------------------------	---	--	--	--	------------

A continuación se describen las sesiones de la intervención, los materiales que se emplearán y las actividades que se asignarán entre sesiones al usuario (a):

Sesión 1: Conociendo el problema

Materiales

- Entrevista
- Tabla de monitorización de actividades y emociones (ANEXO 8)
- Internet
- Plataforma Google meet
- Computadora, tableta o celular
- Visor de archivos en formato PDF
- Bloc de notas I (ANEXO 10)
- Manual ACTIVATE 1 (ANEXO 11)

Actividades asignadas entre sesiones

- Llenar la tabla de monitorización de actividades y emociones durante la semana

Descripción de la sesión 1:

En esta sesión se presentan el facilitador y el usuario (a) y se establece el rapport, seguidamente, el facilitador describe el encuadre de la intervención (enfoque con el que se trabajará, n° de sesiones, duración, frecuencia, tratamiento de los datos y confidencialidad), asimismo se procede a explicar los objetivos de la intervención y las estrategias que se emplearán

para alcanzarlos. Posteriormente se procede a evaluar el estado de ánimo del usuario (a) en una escala numérica análoga del 0 (mi estado de ánimo es pésimo) al 10 (mi estado de ánimo es excelente) (**10 min**). Una vez concluido este apartado se explica al usuario (a) de manera breve el fundamento de la intervención y su base en la Terapia Cognitivo-Conductual, después se le explica que se le hará una entrevista para conocer en profundidad su experiencia durante y posterior a la enfermedad de COVID-19 hasta el momento actual con el objetivo de identificar aquellos factores de riesgo relacionados con estados de malestar así como aquellos factores de protección de la persona relacionados con la salud (**60 min**).

A continuación, el facilitador le muestra el formato de Tabla de Monitorización de Actividades y Emociones, se le explica al usuario (a) que es importante comprender con mayor detalle su estado de ánimo y las actividades relacionadas con el objetivo de identificar actividades asociadas con un estado de ánimo problemático o por el contrario con estados anímicos positivos y así poder comprender qué actividades se deben aumentar o reducir.

Por tal motivo, se anima al usuario a que anote las actividades, el estado de ánimo o sentimientos en el momento de la actividad y la intensidad del estado anímico (triste, feliz, enojado, etc.) (en una escala donde 1 para “nada intenso” y 10 para “muy intenso”) experimentado en cada hora del día. Lo anterior siendo lo más concreto posible. Posteriormente, se le pide realizar durante la semana el llenado del formato de la Tabla de Monitorización de Actividades y Emociones, asimismo el facilitador anima al usuario (a) a tomar notas sobre los puntos más relevantes durante cada sesión, ya que, al finalizar la intervención esto le permitirá hacer un resumen de lo aprendido durante la intervención y le sugiere un formato de Bloc de notas que llenará al final de cada sesión.

Finalmente, el facilitador le explica que se le enviará el Manual ACTIVATE en formato PDF al término de cada sesión donde podrá encontrar el resumen de lo visto en cada sesión así como los materiales de apoyo para las actividades asignadas entre sesiones, el facilitador procede a enviar el Manual ACTIVATE 1 en formato PDF *(20 min)*.

Sesión 2: Comprendiendo mis emociones después del COVID-19

Materiales

- Computadora, tableta o celular
- Plataforma Google meet
- Internet
- Diapositivas PowerPoint (ANEXO 12)
- Tabla de monitorización de actividades y emociones (ANEXO 8)
- Manual ACTIVATE 2 (ANEXO 11)
- Bloc de notas II (ANEXO 10)

Actividades asignadas entre sesiones

- Llenar el formato de Tabla de Monitorización de Actividades y Emociones
- Practicar meditación mindfulness: respiración consciente 5 min 3 veces por semana
- Ver primer capítulo de la serie Headspace

Descripción de la sesión 2

El facilitador comienza evaluando el estado de ánimo del usuario (a) en una escala numérica análoga del 0 (mi estado de ánimo es pésimo) al 10 (mi estado de ánimo es excelente). Posteriormente, el facilitador conversa brevemente sobre la actividad de automonitoreo y lo que

aprendió a partir de esta . Después, se presenta al usuario (a) la conceptualización de los problemas que comúnmente experimentaron los cuidadores primarios de sobrevivientes de COVID-19 empleando, con base en la literatura científica, el mapa teórico de patogénesis para describir los efectos de la COVID-19 sobre la salud de los sobrevivientes y cuidadores primarios durante y posterior al evento crítico así como las implicaciones que esto pudiera tener en el usuario (a) **(20 min)**.

El facilitador introduce el tema de las emociones, muestra su valor adaptativo relacionándolas con el evento experimentado en el COVID-19, además explica cómo los pensamientos, las conductas y las emociones se encuentra interrelacionadas, de modo que, actuar de un modo determinado puede llevarnos a experimentar cambios en nuestras emociones, pensamientos y estados fisiológicos, o viceversa, pensar de una manera determinada puede llevarnos a establecer comportamientos y estados anímicos distintos **(50 min)**. El facilitador procede a mostrar cómo esto se relaciona con el llenado de la Tabla de Monitorización de Actividades y Emociones, y junto con el usuario (a) proceden a identificar conductas asociadas con estados de bienestar físico y emocional que hay que mantener, así como aquellos comportamientos asociados con estados de malestar y que hay que disminuir.

En este orden de ideas, el facilitador explica en qué consiste la práctica de Mindfulness o Atención Plena y los beneficios que tiene dicha práctica en la reducción de los síntomas de ansiedad, a continuación, procede a realizar el ejercicio de respiración consciente con el usuario (a), al finalizar el facilitador pregunta cómo fue su experiencia con el ejercicio y retroalimenta sobre posibles desafíos que pueden surgir al practicar Mindfulness y cómo resolverlos. Ahora

bien, el facilitador invita a que durante la semana el usuario (a) comience a ver el primer capítulo de la serie HeadSpace (serie que explora los beneficios del Mindfulness e incluye técnicas y sesiones guiadas para comenzar la práctica) si tuviera disponible la plataforma Netflix, de lo contrario, se le invitará a llevar a cabo la práctica de respiración consciente vista en sesión que ejercitará 3 veces por semana por 5 minutos, también el facilitador le recuerda llenar el bloc de notas de la sesión 2 (formato incluido en el Manual ACTIVATE 2). Asimismo, el facilitador proporciona al usuario (a) el Manual ACTIVATE 2 el cual contiene un resumen de lo visto en la sesión 2 y lo anima a continuar con el llenado de la Tabla de Monitorización de Actividades y Emociones durante la semana. Por último el facilitador muestra al usuario (a) un listado de emociones y procede a preguntarle cuál de estas experimentó durante la sesión así como su intensidad en una escala numérica análoga del 0 (nada intenso) al 10 (muy intenso) **(25 min)**.

Sesión 3: Información que cura. Pensar mejor para vivir mejor

Materiales

- Computadora, tableta o teléfono
- Plataforma Google meet
- Navegador (Safari o Chrome)
- Internet
- Tabla de actividades de la activación conductual (ANEXO 13)
- Diapositivas PowerPoint (ANEXO 12)
- Manual ACTIVATE 3 (ANEXO 11)
- Bloc de notas III (ANEXO 10)

Actividades asignadas entre sesiones

- Búsquedas de información sobre COVID-19
- Anotar actividades programadas en la Tabla de actividades programadas de la activación conductual
- Realizar actividades programadas
- Llenar el bloc de notas de la sesión 3
- Ver quinto capítulo de la serie HeadSpace
- Meditación caminando 5 min 4 veces por semana

Descripción de la sesión 3

El facilitador comienza evaluando el estado de ánimo del usuario (a) en una escala numérica análoga del 0 (Mi estado de ánimo es pésimo) al 10 (Mi estado de ánimo es excelente). Después, el facilitador continúa preguntando cómo le fue con las actividades acordadas en la sesión anterior, revisa junto con él/ella (a) la Tabla de Actividades de la Activación Conductual y le pregunta qué es lo que ha aprendido de manera general al realizar estas actividades. El facilitador procede a reconocer el esfuerzo de la persona por cumplir con las actividades y por participar de forma activa al dar los primeros pasos en la solución del problema *(15 min)*.

A continuación el facilitador procede a explicar cómo las creencias pueden convertirse en un factor de riesgo para la salud cuando estas no van de acuerdo con los hechos, lo cual puede conducir a tener conductas que pongan en peligro la vida procede clarificar que uno de los

problemas asociados a un gran malestar durante la pandemia fue la dificultad de las personas para poder acceder a información confiable sobre el coronavirus, generando consecuencias que van desde dificultades en la regulación emocional hasta consecuencias mortales en las personas es así que en dichas condiciones se vuelve imprescindible el acceso a información verídica sobre lo que ocurre.

A continuación, el facilitador muestra los mitos más comunes sobre la enfermedad de COVID-19, ahora bien, sin que el usuario (a) sepa que los supuestos son falsos, se le pide que indique si estos son verdaderos o son falsos, una vez proporcionada la respuesta se le cuestiona sobre cómo fue que llegó a esa conclusión y sobre la base de qué evidencia basa sus afirmaciones, a continuación, el facilitador pide al usuario rectificar a través de medios oficiales cada uno de los mitos expuestos; posteriormente, el facilitador procede complementar la información encontrada por el usuario (a) destacando los riesgos de creer en estos mitos y los beneficios de optar por información confiable de una buena fuente y finalmente le pide establecer sus conclusiones. El facilitador hace énfasis en cuestionar la validez de las creencias que se tenga sospecha de su veracidad a través de rectificar dicha creencia en medios de información oficiales o a preguntar a expertos, después le pregunta al usuario (a) de qué manera podría poner en práctica esto a partir de ahora en su vida diaria (**60 min**).

A partir del nivel de conocimiento del usuario (a) en el manejo del internet y motores de búsqueda el facilitador procede a explicar, paso a paso de manera básica cómo realizar adecuadamente las búsquedas en internet para poder acceder a fuentes o sitios de información confiable y a distinguir aquellos sitios o personas que podrían divulgar información falsa o imprecisa sobre el tema que se está buscando. El facilitador evalúa el aprendizaje de la persona sobre el contenido visto y le solicita llevar a cabo una búsqueda relacionada al mito difundido en

algunos medios sobre la capacidad del dióxido de cloro para el eliminar el virus SARS-CoV-2, se le invita a verificar dicha información realizando una búsqueda en medios oficiales y a establecer sus conclusiones **(60 min)**.

Ahora bien el facilitador le pide al usuario (a) que ponga en práctica lo aprendido al hacer búsquedas sobre algo que haya aprendido de manera informal en su vida pero que no esté seguro (a) sobre si esa información es verdadera o falsa, además le solicita anotar el bloc de notas aquellas creencias erróneas que tenía y anotar las nuevas creencias que las reemplazaría de acuerdo con la búsqueda realizada. Seguidamente, el facilitador muestra al usuario (a) cómo realizar una meditación caminando y lo invita a realizar esta meditación 4 veces por semana durante 5 minutos, después le proporciona el manual ACTIVATE 3 con el resumen de lo visto en la sesión 3, y se le invita a llenar el bloc de notas de la sesión (formato incluido en el manual ACTIVATE 3) y ha realizar las actividades programadas. Por último, el facilitador muestra al usuario (a) un listado de emociones y procede a preguntarle cuál de estas experimentó durante la sesión así como su intensidad en una escala numérica análoga del 0 (nada intenso) al 10 (muy intenso) **(15 min)**.

Sesión 4: Actúa de fuera hacia dentro

Materiales

- Computadora, tableta o celular
- Plataforma Google meet
- Internet
- Diapositivas PowerPoint (ANEXO 12)
- Tabla de actividades de la activación conductual (ANEXO 13)
- Cuestionario de Valores de Vida (ANEXO 14)

- Tabla de monitorización de actividades de la activación conductual (ANEXO 13)
- Bloc de notas IV (ANEXO 10)
- Manual ACTIVATE 4 (ANEXO 11)

Actividades asignadas entre sesiones

- Anotar actividades programadas en la Tabla de actividades de la activación conductual
- Realizar actividades programadas
- Llenar el bloc de notas de la sesión
- Ver segundo capítulo de la serie HeadSpace
- Practicar meditación mindfulness: respiración consciente 5 min 3 veces por semana

Descripción de la sesión 4

El facilitador comienza evaluando el estado de ánimo del usuario (a) en una escala numérica análoga del 0 (Mi estado de ánimo es pésimo) al 10 (Mi estado de ánimo es excelente). El facilitador comienza la sesión con una práctica de meditación Mindfulness (Meditación etiquetando). Posteriormente, el facilitador pregunta cómo le fue con las actividades acordadas en la sesión anterior, qué aprendizajes obtuvo y cómo repercutió lo realizado en su estado de ánimo **(20 min)**. El facilitador ahora procede a explicar que así como haber incorporado una actividad produjo efectos positivos en su estado de ánimo el objetivo ahora es que el usuario (a) se vuelva a comprometer con otras actividades que le reporten placer y satisfacción, pero ahora, con base en sus objetivos y valores más importantes, enfatiza que la clave para ayudar a las personas a cambiar lo que sienten es ayudarlos a cambiar lo que hacen. A continuación, el facilitador comienza a explicar que una de las características de las personas con un estado de ánimo depresivo o que han

pasado por un evento traumático es que tienden a evitar situaciones que potencialmente pueden ser gratificantes para ellas porque perciben que alcanzarlas es algo sumamente difícil o arriesgado y si bien esto reporta una sensación de comodidad a corto plazo, a largo plazo puede mantener o exacerbar un estado de ánimo depresivo, debido a que no se experimentan resultados gratificantes de la vida y debido a que los factores de estrés se incrementan con el tiempo.

El facilitador invita al usuario (a) a actuar de acuerdo con un objetivo y no de acuerdo a un estado de ánimo, ya que hacerlo así, asegurará que un estado de ánimo no sea la excusa para no entrar en contacto con actividades gratificantes o de solución de problemas, por el contrario actuar de fuera hacia dentro, mejorará el estado de ánimo y reducirá factores de estrés. Posteriormente, el facilitador le proporciona el Cuestionario de Valores de Vida para la identificación de los objetivos y valores más importantes del usuario (a), a continuación juntos seleccionan una actividad congruente con esos objetivos y valores que realizará en la semana (*50 min*).

Después, el facilitador muestra al usuario (a), el formato de Tabla de Actividades de la Activación Conductual en donde anotará el día y la hora en que realizará esa actividad concreta, de igual manera se le pide que anote, posterior a realizar la actividad, el nivel de Placer (P) experimentado en una escala del 1 (ausencia de placer) al 10 (mucho placer) y el Dominio (D), es decir, la sensación de logro experimentada posterior a la actividad, en una escala del 0 (ausencia de dominio) al 10 (gran sensación de dominio). Ahora bien, con base en la Tabla de Monitorización de Actividades y Emociones, se analizarán áreas de oportunidad, conductas a disminuir o a aumentar, de tal manera que esto contribuya a la mejora del estado de ánimo del usuario (a). El facilitador pide al usuario (a) seguir practicando la respiración consciente 3 veces por semana durante 5 min. posteriormente le proporciona el manual ACTIVATE 4 con el resumen de lo visto en la sesión 4, y se le invita a llenar el bloc de notas de la sesión (formato incluido en

el Manual ACTIVATE 4) y ha realizar las actividades programadas. Por último, el facilitador muestra al usuario (a) un listado de emociones y procede a preguntarle cuál de estas experimentó durante la sesión así como su intensidad en una escala numérica análoga del 0 (nada intenso) al 10 (muy intenso) (*20 min*).

Sesión 5: Actúa saludablemente: de fuera hacia dentro

Materiales

- Computadora, tableta o celular
- Plataforma Google Meet
- Internet
- Diapositivas PowerPoint (ANEXO 12)
- Tabla de Actividades de la Activación Conductual (ANEXO 13)
- Manual ACTIVATE 5 (ANEXO 11)
- Bloc de notas V (ANEXO 10)

Actividades asignadas entre sesiones

- Anotar actividades programadas en la Tabla de actividades de la activación conductual
- Realizar actividades programadas
- Llenar el bloc de notas de la sesión 5
- Ver tercer capítulo de la serie HeadSpace
- Realizar ejercicio de la uva-pasa
- Videos: consecuencias de llevar y no llevar un estilo de vida saludable

Descripción de la sesión 5

El facilitador comienza evaluando el estado de ánimo del usuario (a) en una escala numérica análoga del 0 (Mi estado de ánimo es pésimo) al 10 (Mi estado de ánimo es excelente). El facilitador comienza la sesión con una práctica de meditación Mindfulness (Atención a un único objeto). Después, el facilitador continúa preguntando cómo le fue con las actividades acordadas en la sesión anterior, revisa junto con él/ella la Tabla de Actividades de la Activación Conductual y procede a identificar posibles desafíos que estén dificultando la activación. El facilitador felicita al usuario (a) y reconoce su esfuerzo por llevar a cabo las actividades, si existiera algún problema en la realización de las actividades, el facilitador muestra una actitud de validación y enfocada a la solución del problema y junto con el usuario (a) se proponen alternativas **(20 min)**. Posteriormente, el facilitador comienza a explicarle que gran parte del bienestar psicológico también depende de adoptar comportamientos saludables que favorezcan la salud y prevengan la enfermedad, después, el facilitador comienza con una exposición sobre cómo durante la pandemia de COVID-19 llevar un estilo de vida no saludable se asoció con mayores problemas psicológicos, en cambio llevar un estilo de vida saludable estuvo asociado con un buen ajuste psicológico.

A continuación el facilitador explica qué comportamientos están relacionados a un estilo de vida saludable abordando los siguientes temas: sueño, nutrición, ejercicio, peso, y comportamientos de riesgo. Se resaltan de manera gráfica los beneficios y consecuencias negativas de omitir cada uno de estos. El facilitador procede a preguntar, si hay alguno de estos en los que pueda trabajar o mejorar. Además indaga sobre posibles obstáculos contextuales o relacionados directamente con las creencias del usuario que pudieran impedir la adopción del estilo de vida saludable **(40 min)**.

Una vez concluido lo anterior, el facilitador junto con el usuario (a) proponen una actividad saludable a poner en práctica durante la semana y una actividad relacionada con sus valores y objetivos. El facilitador le pide al usuario (a) anotar en la Tabla de Actividades de la Activación Conductual el día y la hora en que realizará las actividades acordadas, de igual manera se le pide que anote, posterior a realizar la actividad, el nivel de Placer (P) experimentado en una escala del 1 (ausencia de placer) al 10 (mucho placer) y el Dominio (D), es decir, la sensación de logro experimentada posterior a la actividad, en una escala del 0 (ausencia de dominio) al 10 (gran sensación de dominio). Ahora bien, el facilitador procede a mostrar al usuario (a) el ejercicio de la uva-pasa, práctica de atención plena que ejercitará 3 veces por semana, al menos 5 minutos, después le proporciona el manual ACTIVATE 5 con el resumen de lo visto en la sesión 5, y se le invita a llenar el bloc de notas de la sesión (formato incluido en el manual ACTIVATE 5) y ha realizar las actividades programadas. Por último el facilitador muestra al usuario (a) un listado de emociones y procede a preguntarle cuál de estas experimentó durante la sesión así como su intensidad en una escala numérica análoga del 0 (nada intenso) al 10 (muy intenso) **(30 min)**.

Sesión 6: Menos pensamiento más acción

Materiales

- Computadora tableta o celular
- Plataforma Google meet
- Internet
- Tabla de actividades de la activación conductual (ANEXO 13)
- Internet
- Diapositivas PowerPoint (ANEXO 12)
- Manual ACTIVATE 6 (ANEXO 11)

- Bloc de notas VI (ANEXO 10)

Actividades asignadas entre sesiones

- Anotar actividades programadas en la Tabla de actividades de la activación conductual
- Realizar actividades programadas
- Emplear la norma de los dos minutos cuando aparezca la rumiación y la técnica de atención a la experiencia
- Llenar el bloc de notas de la sesión 6
- Ver cuarto capítulo de la serie HeadSpace
- Meditación sentado 5 min. 4 veces por semana

Descripción de la sesión 6

El facilitador comienza evaluando el estado de ánimo del usuario (a) en una escala numérica análoga del 0 (Mi estado de ánimo es pésimo) al 10 (Mi estado de ánimo es excelente). El facilitador comienza la sesión con una práctica de meditación Mindfulness (Meditación abierta). Después, el facilitador continúa preguntando cómo le fue con las actividades acordadas en la sesión anterior, revisa junto con él/ella la Tabla de Actividades de la Activación Conductual y le pregunta qué es lo que ha aprendido de manera general al realizar estas actividades. El facilitador procede a reconocer el esfuerzo de la persona por cumplir con las actividades **(10 min)**.

Si el usuario (a) presenta alguna dificultad en la realización de las actividades por motivo del pensamiento rumiativo, el facilitador trabajará con él/ella en analizar el contexto en el que tienen lugar estos pensamientos, así como los antecedentes y consecuencias de la rumiación, posteriormente, el facilitador motiva al usuario (a) a reflexionar en las consecuencias de mantener

un pensamiento rumiativo en su vida, y lo alienta más bien a adoptar un enfoque de solución de problemas, ya que, hacerlo así, puede conducirlo a una mejor consecución de los objetivos y una mejora del estado anímico.

Por lo tanto, el facilitador invita al usuario (a) a, primero, identificar cuando está teniendo pensamientos rumiativos, a través de la Norma de los 2 minutos, se le explica que cuando se encuentre pensando en algo, se cuestione después de dos minutos, si lo que está pensando le ha ayudado a entender de mejor manera el problema, o si a concebido las soluciones pertinentes para solucionarlo, y si tal pensamiento ha representado una mejora de su estado de ánimo, si la respuesta a estas cuestiones es un no, entonces se le explica que es probable que se encuentre en un proceso de rumiación, por lo que, para interrumpir el proceso el facilitador le sugiere un modelo de solución de problemas a través de: 1) definir el problema concreto que se resolverá, 2) identificar y evaluar las ventajas y desventajas de las posibles soluciones, 3) poner en práctica la mejor solución y 4) revisar los resultados; además, el facilitador ofrece otras alternativas que podrán ayudarle a lidiar con la rumiación cuando esta se presente, por ejemplo, el facilitador enseña al usuario (a) una práctica Mindfulness de meditación abierta, la cual consiste en prestar atención, en el momento presente, a percibir lo que ve, lo que oye, lo que huele y otras sensaciones de manera intencional y sin realizar juicios, a continuación se le explica que mientras la rumiación lo aleja de lo que está ocurriendo en el aquí y ahora, la atención plena a la experiencia hace lo opuesto, lo mantiene en el presente.

Posteriormente, el facilitador procede a poner en práctica la estrategia y le pide al usuario (a) que dirija su atención a lo que está ocurriendo, se le pide que describa lo que ve, lo que oye, lo que huele, lo que siente sin establecer juicios, solo enfocándose en lo que está ocurriendo, si de repente, aparecen pensamientos que lo distraigan de la práctica se invita al usuario (a) a observarlos

sin evitarlos, ni intentar modificarlos, y dejarlos pasar, mientras vuelve a prestar atención a lo que está ocurriendo en el presente. El facilitador invita al usuario (a) a aplicar estas estrategias cuando la rumiación se presente **(60 min)**.

A continuación, el facilitador y el usuario (a) programan la actividad específica relacionada con el análisis de ventajas y desventajas de la opciones solución y, con base en ello, la elección de la solución más efectiva, asimismo se programa una actividad saludable a realizar durante la semana y una actividad relacionada con sus valores y objetivos personales. Después, el facilitador le pide al usuario (a) anotar en la Tabla de Actividades de la Activación Conductual las actividades programadas tal como se ha venido haciendo en las sesiones pasadas. Posteriormente, el facilitador le pide al usuario (a) ejercitar la práctica de meditación sentado tal como se hizo durante en la sesión, esto lo hará 5 minutos 4 veces por semana, seguidamente le proporciona el manual ACTIVATE 5 con el resumen de lo visto en la sesión 5, y se le invita a llenar el bloc de notas de la sesión (formato incluido en el manual ACTIVATE 5) y ha realizar las actividades programadas. Por último el facilitador muestra al usuario (a) un listado de emociones y procede a preguntarle cuál de estas experimentó durante la sesión así como su intensidad en una escala numérica análoga del 0 (nada intenso) al 10 (muy intenso) **(20 min)**.

Sesión 7: De los problemas a las soluciones: decisiones que generan bienestar

Materiales

- Computadora tableta o celular
- Plataforma Google meet
- Internet
- Tabla de actividades de la activación conductual (ANEXO 13)

- Internet
- Diapositivas PowerPoint (ANEXO 12)
- Manual ACTIVATE 7 (ANEXO 11)
- Bloc de notas VII (ANEXO 10)

Actividades asignadas entre sesiones

- Anotar actividades programadas en la Tabla de actividades de la activación conductual
- Realizar actividades programadas
- Emplear autoinstrucciones en la ejecución de la toma de decisiones para solucionar problemas
- Llenar el bloc de notas de la sesión 7
- Ver cuarto capítulo de la serie HeadSpace
- Meditación sentado 5 min. 4 veces por semana

Descripción de la sesión 7

El facilitador comienza evaluando el estado de ánimo del usuario (a) en una escala numérica análoga del 0 (Mi estado de ánimo es pésimo) al 10 (Mi estado de ánimo es excelente). El facilitador comienza la sesión con una práctica de meditación Mindfulness (Meditación abierta). Después, el facilitador continúa preguntando cómo le fue con las actividades acordadas en la sesión anterior, revisa junto con él/ella la Tabla de Actividades de la Activación Conductual y la tabla de solución de problemas y le pregunta qué es lo que ha aprendido de manera general al realizar estas actividades. El facilitador procede a reconocer el esfuerzo de la persona por cumplir con las actividades **(10 min)**.

A continuación el facilitador presenta al usuario la técnica de autoinstrucciones como complemento a la estrategia de solución de problemas con el objetivo facilitar la toma de decisiones y el logro de objetivos. Procede junto con el usuario (a), a partir de la actividad realizada entre sesiones (análisis de ventajas y desventajas de las opciones de solución) a descomponer en pasos la mejor opción de solución desarrollando de forma personalizada el contenido de las autoinstrucciones y la programación específica de la toma de decisiones para la solución de problemas. asimismo se programa una actividad saludable a realizar durante la semana y una actividad relacionada con sus valores y objetivos personales. Después, el facilitador le pide al usuario (a) anotar en la Tabla de Actividades de la Activación Conductual las actividades programadas tal como se ha venido haciendo en las sesiones pasadas.

Posteriormente, el facilitador muestra al usuario cómo practicar la atención plena en las actividades del día a día y le invita a incorporar esta meditación en alguna de sus actividades cotidianas 4 veces por semana durante 10 minutos, seguidamente le proporciona el manual ACTIVATE 6 con el resumen de lo visto en la sesión 6, y se le invita a llenar el bloc de notas de la sesión (formato incluido en el manual ACTIVATE 6) y ha realizar las actividades programadas. Por último, el facilitador muestra al usuario (a) un listado de emociones y procede a preguntarle cuál de estas experimentó durante la sesión así como su intensidad en una escala numérica análoga del 0 (nada intenso) al 10 (muy intenso) (*15 min*).

Sesión 8: Mis herramientas de vida

Materiales

- Internet

- Plataforma Google meet
- Computadora, tableta o teléfono
- Gráfica del progreso anímico del usuario (a) (ANEXO 15)
- Tablas de monitorización de Actividades y Emociones (ANEXO 8)
- Tabla de actividades de la activación conductual (ANEXO 13)
- Manual ACTIVATE 8 (ANEXO 11)
- Plan después del programa (ANEXO 16)

Actividades finales

- Llenar el bloc de notas y plan post-tratamiento
- Contestar la batería de instrumentos

Descripción de la sesión 8

El facilitador comienza evaluando el estado de ánimo del usuario (a) en una escala numérica análoga del 0 (Me siento muy mal) al 10 (Me siento muy bien). Después, el facilitador continúa preguntando cómo le fue con las actividades acordadas en la sesión anterior, revisa junto con el usuario (a) la Tabla de Actividades de la Activación Conductual y le pregunta qué es lo que ha aprendido de manera general al realizar estas actividades y si presentó dificultades en su realización. En caso de existir alguna dificultad, el facilitador dedicará tiempo a examinar dicha situación con el usuario (a) *(15 min)*.

Posteriormente, el facilitador procede a validar los logros alcanzados del usuario (a) durante el tratamiento, reconociendo aquellas dificultades experimentadas en el proceso y cómo fue que las superó, después el terapeuta procede a mostrar de manera gráfica el progreso del

usuario (a) desde el comienzo del tratamiento hasta el final, el facilitador procede a pedirle que relate lo que ha aprendido en el transcurso de la intervención. A continuación, el facilitador revisa junto con el usuario (a) lo que ha resultado útil a través del Manual ACTIVATE. Ahora bien, el facilitador retoma información de la formulación de caso y algunas tablas de monitorización en donde destaca aquellas situaciones o comportamientos de riesgo del usuario (a) que pudieran anticipar una mal pronóstico, de modo que procede a preguntarle cómo es que él/ella las resolvería de acuerdo a lo que ha aprendido en las sesiones. El facilitador ahora le solicita que ponga ejemplos de situaciones en las que podría aplicar lo que ha aprendido durante la terapia **(40 min)**.

Ahora bien, el facilitador colabora con el usuario (a) en formular nuevos objetivos y los pasos para lograrlos posterior a la intervención, asimismo invita al usuario (a) a continuar implicandose en actividades placenteras de acuerdo a sus metas y valores, a seguir teniendo acciones que favorezcan su salud y a mantener un enfoque de solución de problemas cuando así se requiera, el facilitador sugiere al usuario (a) conservar el Manual ACTIVATE y a emplearlo las veces que sea necesario cuando surjan otras dificultades. Por último, le solicita llenar el último bloc de notas y el llenado de la batería de pruebas finales, el facilitador agradece la participación del usuario (a) y procede al cierre del programa de intervención **(35 min)**.

Análisis descriptivos de la validación por jueces expertos

Participaron 11 jueces expertos en la validación de la intervención cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud en cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19, 7 de los cuales poseen grado de doctorado en psicología, 3 con grado de maestría y 1 con grado de licenciatura todos ellos psicólogos con experiencia en la práctica de la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT)

y/o en alguna forma de terapia contextual (Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Dialéctica Conductual, Activación Conductual, etc.).

Tabla 7

Grado académico de los psicólogos que participaron como jueces expertos

Grado Académico	Porcentaje
Licenciatura (1)	9%
Maestría (3)	27%
Doctorado (7)	63%

Como se observa en la tabla 8 la mayoría de los jueces expertos cuentan con más de 10 años de experiencia en la práctica clínica de la Terapia Cognitivo-Conductual y/o las terapias contextuales.

Tabla 8

Años de experiencia en la práctica de la Terapia Cognitivo-Conductual y/o en alguna modalidad de Terapia Contextual de los jueces expertos que participaron en la validación de la intervención

Años de experiencia	Porcentaje
Menos de 4 años (4)	37%
De 4 a 6 años (1)	9%
De 6 a 9 años (1)	9%
Más de 10 años (5)	45%

Resultados entre la concordancia entre jueces

Para estimar la concordancia entre jueces en la valoración del programa ($n=11$) se calculó el coeficiente Kappa de Fleiss que permite estimar el acuerdo entre varios evaluadores corrigiendo el acuerdo esperado por azar. El análisis mostró un acuerdo significativo ($k=0.367$, $p<.001$) de magnitud baja a moderada, esto indica que los jueces coincidieron en sus valoraciones en un grado superior al azar. Este nivel de concordancia apoya que el contenido del programa es globalmente adecuado, y justifica incorporar las observaciones de los jueces para mejorar la claridad y precisión de ciertos componentes antes de su aplicación.

MÉTODO FASE II

Pregunta de investigación Fase II

¿Cuál es el efecto de una intervención Cognitivo-Conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud, así como sobre la sintomatología de ansiedad, depresión o estrés postraumático, en un cuidador primario de un paciente sobreviviente de COVID-19?

Objetivo general Fase II

Evaluar el efecto de una intervención Cognitivo-Conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida relacionado con la salud, así como sobre la sintomatología de ansiedad, depresión o estrés postraumático, en un cuidador primario de un paciente sobreviviente de COVID-19.

Objetivos específicos Fase II

1. Implementar la intervención Cognitivo-Conductual con componentes de técnicas contextuales en un cuidador primario de un paciente sobreviviente de COVID-19.
2. Evaluar los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud y el estilo de vida saludable de la participante tras la intervención.
3. Evaluar los cambios en la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés postraumático de la participante posteriores a la intervención.
4. Analizar los cambios conductuales relacionados al estilo de vida y calidad de vida de los cuidadores primarios después de la intervención con respecto a la línea base.

Tipo de estudio Fase II

Explicativo

Tipo de diseño Fase II

Diseño N=1 de tipo AB

Variables

Tabla 9

Variable independiente

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional
Intervención cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales	Conjunto de procedimientos, principios y técnicas grupales cognitivo-conductuales para modificar la calidad y estilo de vida de familiares de pacientes sobrevivientes de COVID-19	Principios y técnicas elegidas de forma ideográfica para la intervención estas pueden ser: reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, psicoeducación, autorregistros, activación conductual, defusión cognitiva, aceptación para modificar la calidad y estilo de vida.

Tabla 10

Variables dependientes

Variable	Definición	Definición operacional
Calidad de vida	Propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente, dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno. La calidad de vida	<i>Cuestionario de salud (SF-36)</i> Desarrollado por Ware Jr y Sherbourne (1992) evalúa aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud en poblaciones adultas. El producto de su aplicación es la construcción de 8 escalas de salud; contiene 36 preguntas con variantes de respuesta tipo likert y

	relacionada con la salud permite estudiar y evaluar el estado de salud como un predictor de calidad de vida personal (Sánchez-Aragón et al. 2017)	dicotómicas, cuenta con alfa de Cronbach de 0.86. El nivel de medición de las variables es de tipo ordinal. Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. (Sánchez-Aragón et al. 2017; Vilagut et al., 2005)
Estilo de vida	Conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales se tiene algún grado de control voluntario (Rodríguez et al. 2003)	<i>Cuestionario FANTASTIC</i> Desarrollado por Wilson y Ciliska (1984). Validado en población Mexicana por Rodríguez et al. (2003). Es un instrumento genérico para conocer y medir los estilos de vida relacionados con la salud con 25 ítems cerrados con 5 opciones de respuesta con valor numérico de 0-4 para cada una y se califica por medio de una escala tipo Likert con una calificación de 0 a 100 pt para todo el instrumento y que exploran 9 dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida, es. El nivel de medición de las variables es de tipo ordinal. Cuenta con una consistencia interna de 0.80. Cuanto menor sea la puntuación mayor es la necesidad de cambio.
Depresión	De acuerdo con Beck (1967) la depresión se caracteriza por tristeza, apatía, concepto negativo de sí mismo, autoreproches, culpa, conductas de evitación, síntomas somáticos y cambios en el nivel de actividad física. Los síntomas se originan a partir de esquemas cognitivos desadaptados sobre sí mismo, el mundo y el futuro, los cuales son rígidos y absolutistas.	<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</i> Desarrollado por Beck, Steve y Brown (1996) se trata de un autoinforme que consta de 21 reactivos que miden síntomas de depresión en adolescentes y y adultos, cada reactivo tiene 4 opciones de respuesta descriptivas a mayor puntuación, mayor gravedad de la sintomatología y se evalúan durante las últimas dos semanas. La puntuación mínima es de 0 y la máxima de 63. El nivel de medición de las variables es de tipo ordinal. Cuenta con una alfa de

		Cronbach de 0.85 (Contreras-Valdez et al. 2015).
Ansiedad	El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente real o percibida, la ansiedad es una anticipación de una amenaza futura. Los Trastornos de ansiedad difieren entre sí en los tipos de objetos o situaciones que inducen miedo o ansiedad y la ideación cognitiva asociada por lo que pueden clasificarse (González-Rivera et al. 2020)	<i>Escala de Ansiedad manifiesta en adultos (AMAS)</i> Desarrollada por Reynolds et al. (2007) y estandarizada en México por la editorial el Manual Moderno en colaboración por la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología (AMAPSI) y el cual mide el nivel de ansiedad. La AMAS-A contiene 36 reactivos la cual contiene 3 subescalas de ansiedad y una de validez. El formato de respuesta es de tipo dicotómica sí o no para cada una de las preguntas Su aplicación puede ser individual o grupal. Tiene un alfa de Cronbach de 0.90.
Ansiedad por coronavirus	La ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, esta se encuentra asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos (APA, 2014)	<i>Escala de ansiedad por Coronavirus (CAS)</i> Creado por Lee (2020) y validada en población mexicana por López-Ortiz et al., (2022) La escala de 5 ítems evalúa síntomas de ansiedad como resultado de pensar o estar expuesto a información sobre el coronavirus a través de un formato de respuestas tipo likert. El nivel de medición de las variables es de tipo ordinal. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 20; cuenta con una consistencia interna de 0.93 (González-Rivera et al. 2020).
Estrés postraumático	Sintomatología específica que se desarrolla después de la exposición a algún acontecimiento traumático, principalmente exposición a la muerte , lesiones graves o violencia sexual (Durón-Figueroa et al. 2019).	<i>Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático (PCL-5)</i> desarrollada por Weathers et al. (1993) y adaptada en población mexicana por Durón-Figueroa et al. (2019) es una escala autoaplicada compuesta por 17 reactivos con una escala tipo likert, los cuales identifican la sintomatología de TEPT. El nivel de medición de las variables es de tipo

ordinal. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.97. Posee un punto de corte parcial establecido por arriba de 33. (Durón-Figueroa et al. 2019).

Hipótesis de investigación Fase II

H1 Existen cambios de conducta relacionados con la calidad y estilo de vida relacionado con la salud, así como en los síntomas de ansiedad, depresión o estrés postraumático en un cuidador primario de un pacientes sobreviviente de COVID-19 al aplicar una intervención cognitivo conductual con componentes de técnicas contextuales.

H0 No existen cambios de conducta relacionados con la calidad y estilo de vida relacionado con la salud, así como en los síntomas de ansiedad, depresión o estrés postraumático en un cuidador primario de un paciente sobreviviente de COVID-19 al aplicar una intervención cognitivo conductual con componentes de técnicas contextuales.

Participantes Fase II

Participante

Una cuidadora primaria informal adulta de un paciente sobreviviente de COVID-19 en estado crítico, residente del municipio de Huayacocotla, Veracruz, México.

Estrategia de selección de caso

Selección intencional por criterio, basada en la identificación de un cuidador primario de un sobreviviente de COVID-19 con sintomatología de ansiedad, depresión o estrés postraumático y disposición para participar en la intervención online.

Criterios de Inclusión

- Tener firmado el consentimiento informado
- Ser mayor de 18 años
- Contestar en su totalidad los instrumentos empleados antes y después de la intervención
- Haber asistido en su totalidad al número de sesiones programadas para la intervención

Criterios de exclusión

- No contar con el consentimiento informado firmado
- Ser menor de 18 años

Criterios de eliminación

- No haber contestado las pruebas completas antes o después de la intervención
- Contestar incorrectamente los instrumentos
- Haber faltado a alguna de las sesiones de intervención

Escenario

La intervención se llevará a cabo de forma online

Instrumentos Fase II

Cuestionario de Salud SF-36

Desarrollado a principios de los 90 en Estados Unidos por Ware Jr y Sherbourne (1992) y validado en población mexicana por Sánchez-Aragón et al. (2017) para su uso en el estudio de los resultados médicos. Evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de 8 escalas de salud. Estas escalas de salud son: a) función física b) rol físico c) dolor corporal d) salud general, e) vitalidad, f) función social, g) rol emocional y, h) salud mental. Incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. Instrumento autoaplicado que contiene 36 preguntas con variantes de respuesta tipo likert y dicotómicas. Cuenta con alfa de Cronbach de 0.86. Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieran, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de a mayor puntuación, mejor estado de salud.
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala)
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala). Así para cada dimensión los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). (Sánchez-Aragón et al. 2017; Vilagut et al., 2005).

Escala de ansiedad por Coronavirus (CAS)

Creado por Lee (2020) y validada en población mexicana por López-Ortíz et al., (2022); La escala de 5 ítems evalúa los siguientes síntomas como resultado de pensar o estar expuesto a información sobre el coronavirus: Mareos, alteraciones del sueño, inmovilidad tónica, pérdida del apetito, náuseas o problemas estomacales. Cada ítem se califica en una una escala de 5 puntos para reflejar la frecuencia del síntoma que varía de 0 (en absoluto) a 4 (casi todos los días) durante las últimas dos semanas. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 20, donde a mayor puntuación, mayor ansiedad por coronavirus; cuenta con una consistencia interna de 0.93 (González-Rivera et al. 2020).

Escala de Ansiedad manifiesta en adultos (AMAS)

Desarrollada por Reynolds et al. (2007) y estandarizada en México por la editorial el Manual Moderno en colaboración por la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología (AMAPSI) y el cual mide el nivel de ansiedad mediante 3 instrumentos dirigidos a sectores demográficos diferentes: AMAS-A para adultos entre 19 y 59 años, el AMAS-C para estudiantes universitarios y el AMAS-E para adultos mayores de 60 años o más. La AMAS-A contiene 36 reactivos en 3 subescalas de ansiedad y una de validez: la subescala de inquietud/hipersensibilidad (IHS), la subescala ansiedad fisiológica (FIS), la subescala de preocupaciones sociales/estrés (SOC) y la subescala de mentira. El formato de respuesta es de tipo dicotómica, sí o no, para cada una de las preguntas. Su aplicación puede ser individual o grupal. Tiene un alfa de Cronbach de 0.90. Debido a que cada reactivo está codificada en sentido positivo, la puntuación para cada

subescala en todos estos instrumentos es la suma de todas las respuestas afirmativas, donde las puntuaciones mayores sugieren niveles de ansiedad más elevados.

Lista checable de Trastorno de estrés postraumático (PCL-5)

Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático (PCL-5). Desarrollada por Weathers et al. (1993) y adaptada en población mexicana por Durón-Figueroa et al. (2019) es una escala autoaplicada compuesta por 17 reactivos con un formato de respuesta tipo likert de 0 a 4 pt los cuales identifican la sintomatología de TEPT descrita en el DSM-V específicamente los criterios B, C, D y E. Permite evaluar el grado de malestar percibido en el último mes por medio de una escala que va de 0 (no en absoluto) a 4 (extremadamente) cuenta con un alfa de Cronbach de 0.97. Existen dos maneras de conseguir un DX de TEPT por medio de la escala: 1) calificando los criterios Dx de acuerdo al DSM-V por arriba de 2 (moderado) donde es requerido al menos un síntoma del criterio B (reactivos 1-5) un síntoma del criterio C (reactivos 6 y 7) dos síntomas del criterio D (reactivos 8-14) y dos síntomas del criterio E (reactivos 15-20), o bien, sumando la escala global con un punto de corte parcial establecido por arriba de 33. (Durón-Figueroa et al. 2019).

Cuestionario de Depresión de Beck (BDI-II)

Desarrollado por Beck, Steve y Brown (1996) se trata de un autoinforme que consta de 21 reactivos que miden síntomas de depresión en adolescentes de 13 años en adelante y adultos, cada reactivo tiene 4 opciones de respuesta descriptivas a mayor puntuación, mayor gravedad de la sintomatología y se evalúan durante las últimas dos semanas. La puntuación mínima es de 0 y la máxima de 63. Los puntajes pueden interpretarse de la siguiente manera: 0-13 depresión mínima,

14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave. Cuenta con una alfa de Cronbach de 0.85 (Contreras-Valdez et al. 2015).

Estilo de Vida Cuestionario FANTASTIC

Desarrollado en el departamento de medicina familiar de la Universidad de McMaster de Canadá por Wilson y Ciliska (1984) y validado en población Mexicana por Rodríguez et al. (2003). Es un instrumento genérico para conocer y medir los estilos de vida con 25 ítems cerrados con 5 opciones de respuesta con valor numérico de 0-4 para cada una y se califica por medio de una escala tipo Likert con una calificación de 0 a 100 pt para todo el instrumento y que exploran 9 dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida, estos 9 dominios son: 1) Familia-amigos, 2) actividad física, 3) nutrición 4) Tabaco-toxinas 5) alcohol 6) Sueño-cinturón de seguridad-estrés 7) tipo de personalidad 8) Interior (ansiedad, preocupación, depresión) 9) Carrera (labores). Cuenta con una consistencia interna de 0.80. Presenta 5 niveles de calificación estos son:

Menor o igual 39 pt= existe peligro

40 a 59 puntos= Malo

60-69 pt= regular

70 a 84 pt= bueno

85 a 100= excelente

Cuanto menor sea la puntuación mayor es la necesidad de cambio. En términos generales los resultados pueden ser interpretados de la siguiente manera: Excelente: indica que el estilo de

vida del individuo representa una influencia óptima para la salud. Bueno: indica que el estilo de vida representa una influencia adecuada para la salud. Regular: indica que el estilo de vida representa un beneficio para la salud, aunque también presenta riesgos. Malo y existe peligro: indica que el estilo de vida del individuo plantea muchos factores de riesgo.

Procedimiento Fase II

Se procedió a hacer contacto con personas que hayan sido cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19 y que requirieron oxígeno artificial para mitigar los síntomas o que hayan estado hospitalizados, lo anterior a través de una encuesta lanzada en redes sociales para ubicar a la población descrita, a partir de las respuestas se procedió a hacer contacto con los familiares y se les invitó a formar parte del estudio, aceptaron participar 20 cuidadores a quienes se les aplicó la batería de instrumentos y con base en los resultados obtenidos se seleccionaron como candidatos a participar en la intervención los puntajes altos y bajos que hayan obtenido en la batería de instrumentos aplicada. Por último, se contactó e invitó a los cuidadores primarios seleccionados a participar en el proceso de intervención, de los cuales solo aceptó ser parte de la intervención un cuidadora primaria.

A continuación se aplicó la intervención conforme al diseño de intervención seleccionado para esta fase de la investigación. Previo Una vez finalizadas las sesiones, se llevó cabo la evaluación posttest con la batería de pruebas empleadas en el pretest.

Finalmente se analizaron los datos obtenidos en las evaluaciones PRE-POST para identificar si hubo diferencias antes y después de la intervención en las familias con sobrevivientes de COVID-19 en relación a la línea base.

Análisis de datos propuesto Fase II

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS en su versión 22; para el análisis de los datos obtenidos en los autorregistros se utilizó la técnica de partición de mitades (Split Middle Technique) (Kazdin, 1982 en Valencia, Flores y Sanchez-Sosa, 2006).

RESULTADOS FASE II

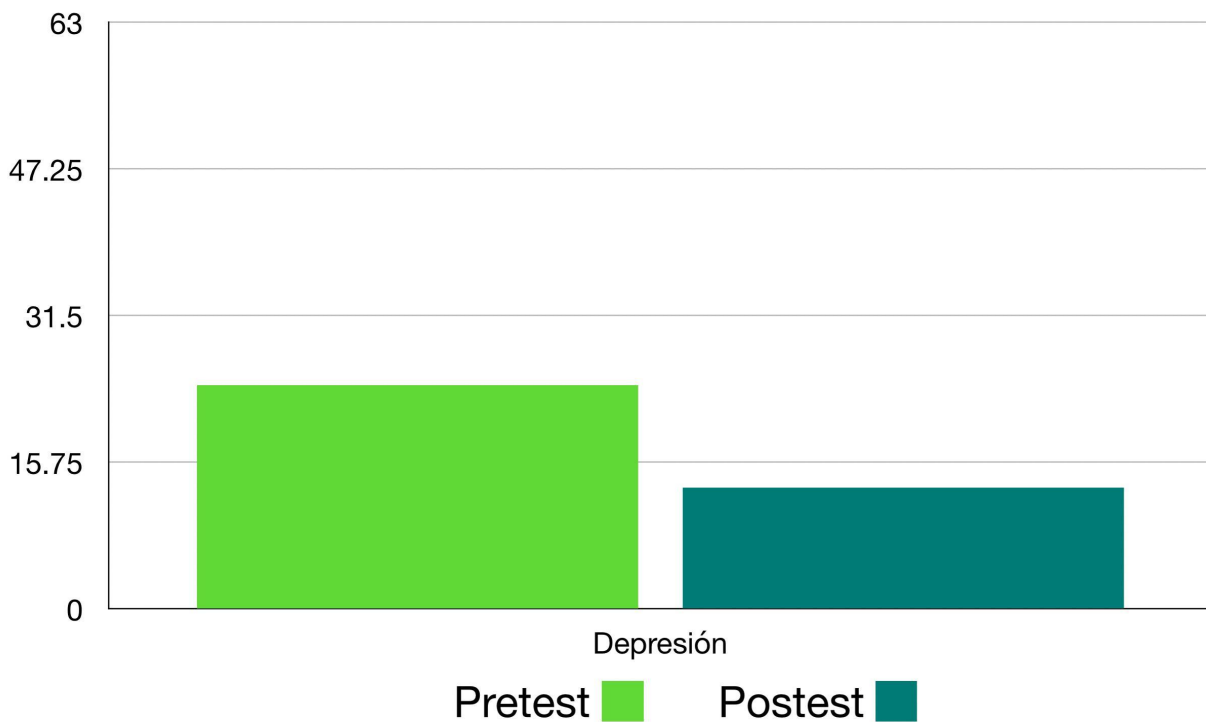
La muestra estuvo conformada por una participante quien aceptó recibir la intervención que además cumplió con los criterios de inclusión para formar parte del diseño de intervención y quien posterior a la aplicación de la misma fue evaluada mediante los instrumentos SF-36 (para medir la calidad de vida relacionada con la salud), el cuestionario FANTASTICO (para medir el estilo de vida relacionado con la salud), el BDI-II (para medir sintomatología depresiva), el AMAS (para medir el nivel de ansiedad), el CAS (para sintomatología de ansiedad por coronavirus) y el PCL-5 (para medir sintomatología de estrés postraumático). A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en cada de los instrumentos previo al comienzo de la intervención y posterior a la aplicación de la intervención.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Respecto a la sintomatología depresiva (figura 5) se observaron cambios posterior a la intervención donde previo al comienzo del programa la participante presentaba un nivel de depresión moderado y posterior a la intervención redujo en 11 puntos los síntomas depresivos llegando a un nivel de depresión mínima.

Figura 5

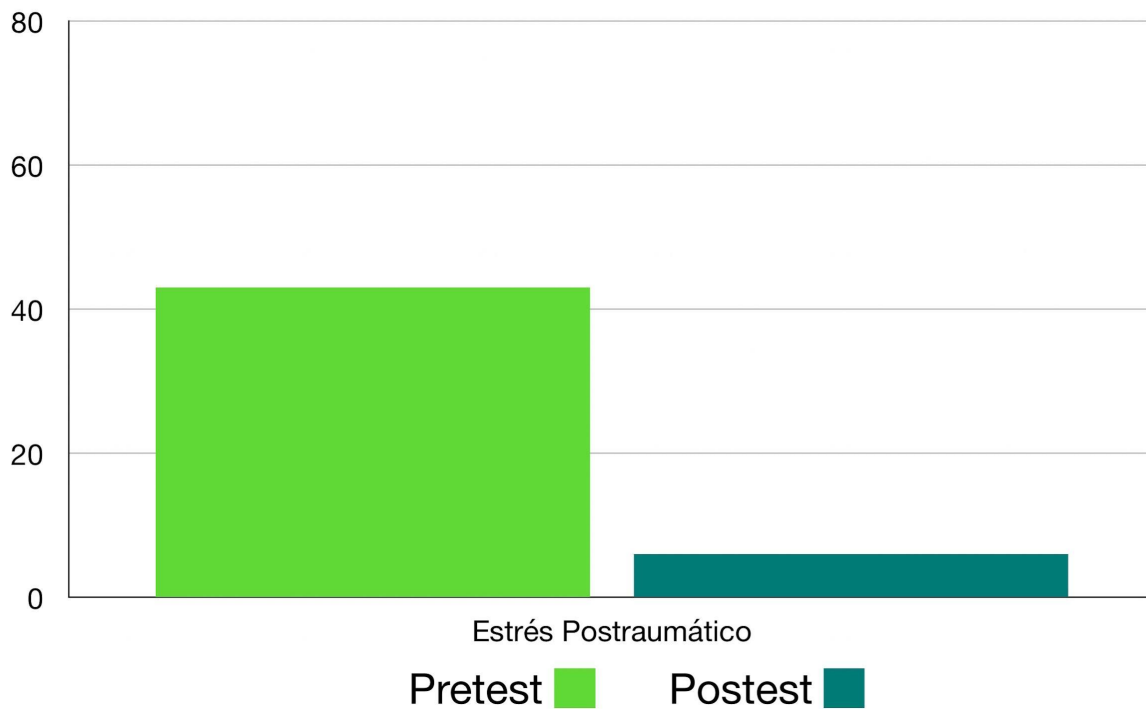
Resultados del pretest y posttest en el BDI-II



Lista checable de síntomas de estrés postraumático (PCL-5)

En cuanto a los síntomas de estrés postraumático, en la figura 6 se observó en el pretest que la participante tuvo una puntuación de 43 puntos, que corresponde a un puntaje superior al punto de corte sugerido de 33 puntos para diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, por tanto, se observó que posterior a la intervención hubo una disminución significativa de los síntomas hasta llegar a los 6 puntos.

Figura 6
Resultados en el pretest y postest del PCL-5



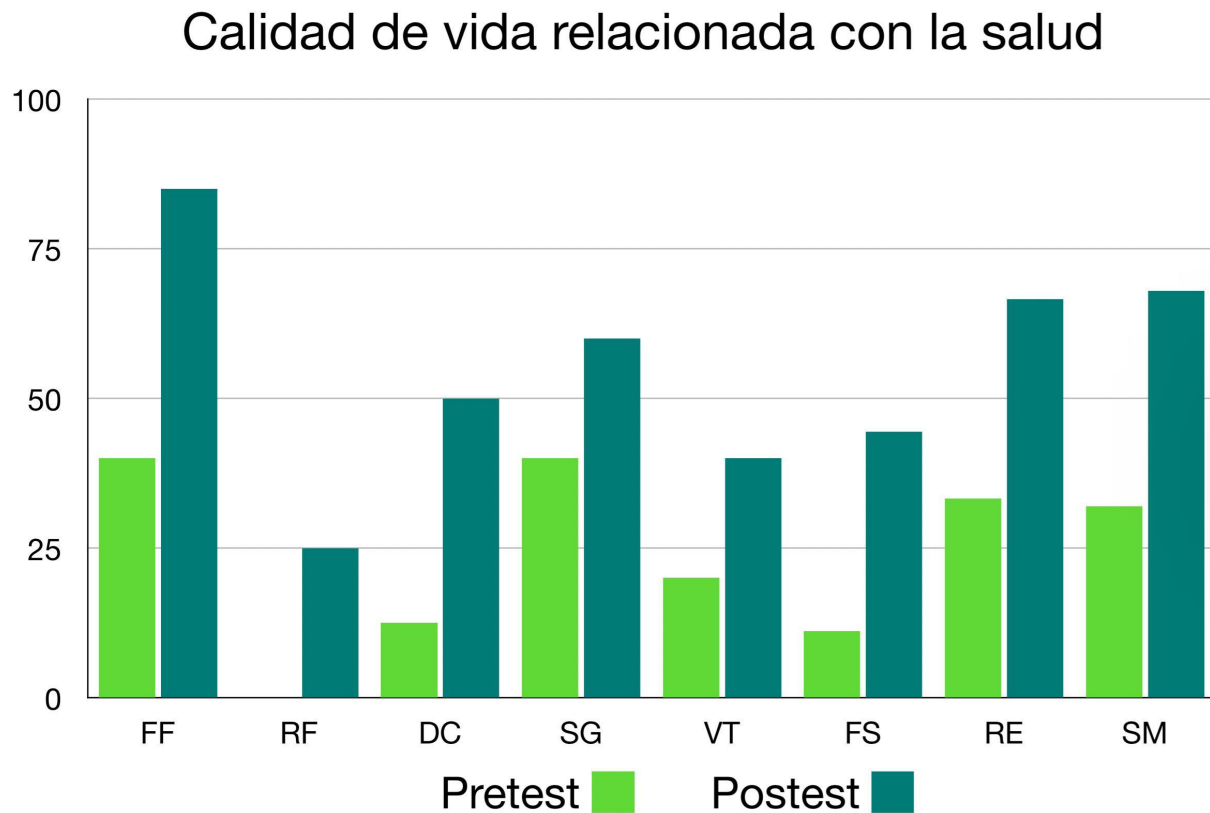
Cuestionario de salud SF-36

En la figura 7 se muestra que previo a la intervención la participante presentó puntajes bajos en varias dimensiones, por ejemplo, en Rol Físico (0), Función Social (11.1), Dolor Corporal (12.5) y Vitalidad (20), las cuales indicaron afectaciones en el funcionamiento cotidiano, la energía percibida, y la interferencia del dolor en la realización de actividades cotidianas. Asimismo se observaron puntajes reducidos en Salud Mental (32) y Rol Emocional (33.3) mostrando malestar psicológico y limitaciones en el desempeño normal debido a problemas emocionales.

Posterior a la intervención se observaron mejoras consistentes en todas las subescalas del SF-36. Se observó un incremento en la Función Física, que pasó de 40 a 85 puntos, lo que refleja una disminución importante en las limitaciones físicas para realizar actividades cotidianas. De la misma manera se observaron mejoras relevantes en Salud Mental (de 32 a 68) y Rol Emocional (de 33.3 a 66.69) reflejando un aumento en la percepción de bienestar psicológico y una menor interferencia de los problemas emocionales en el funcionamiento diario. Con respecto a las dimensiones de Dolor Corporal (de 12.5 a 50), Función Social (de 11.4 a 44.4) Salud General (de 40 a 60) y Vitalidad (de 20 a 40) esto permite observar de manera general una disminución en la intensidad del dolor, un menor interferencia de la salud física o emocional en la interacción social y una percepción más favorable del estado de salud global así como un incremento moderado en los niveles de energía y vitalidad percibidos. En conclusión los resultados indican que la intervención se asoció con mejoras relevantes en la calidad de vida relacionada con la salud, tanto en dimensiones físicas como psicológicas.

Figura 7

Resultados en el pretest y postest del Cuestionario de Salud SF-36

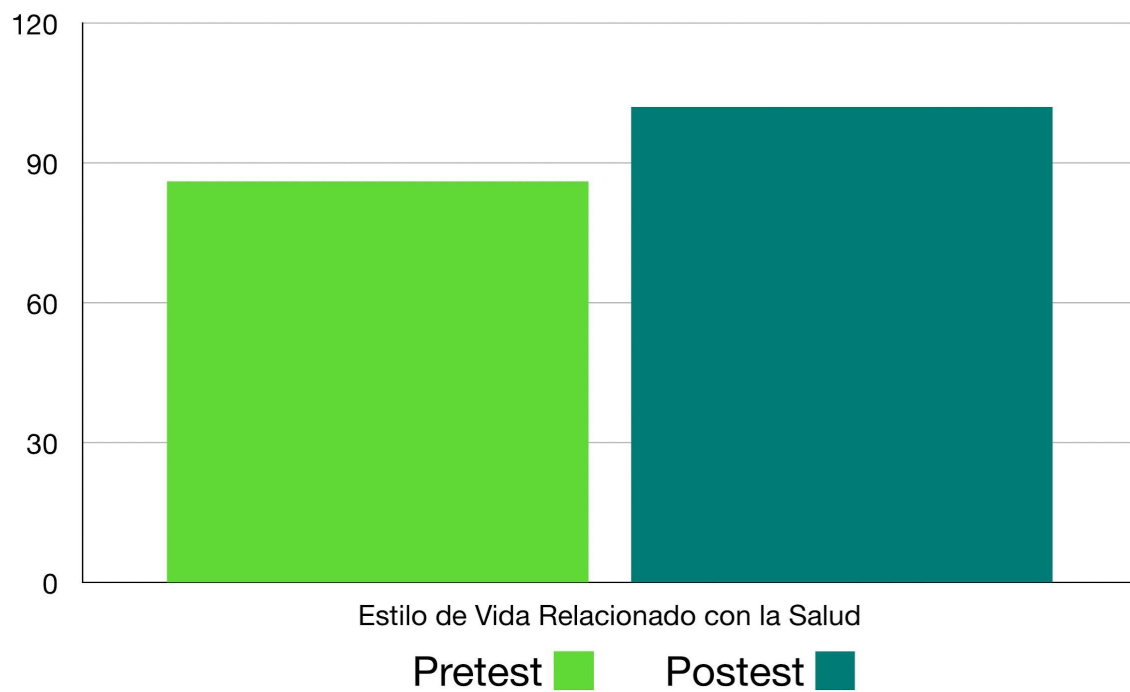


Cuestionario FANTASTICO

Como se observa en la figura 8 la participante mostró previo a la intervención un buen nivel de estilo de vida saludable obteniendo un puntaje de 86 puntos en el cuestionario, sin embargo, posterior a la intervención el participante obtuvo un resultado de 102 puntos lo cual indica un aumento de los comportamientos orientados a la salud.

Figura 8

Resultados en el pretest y postest del cuestionario FANTASTICO

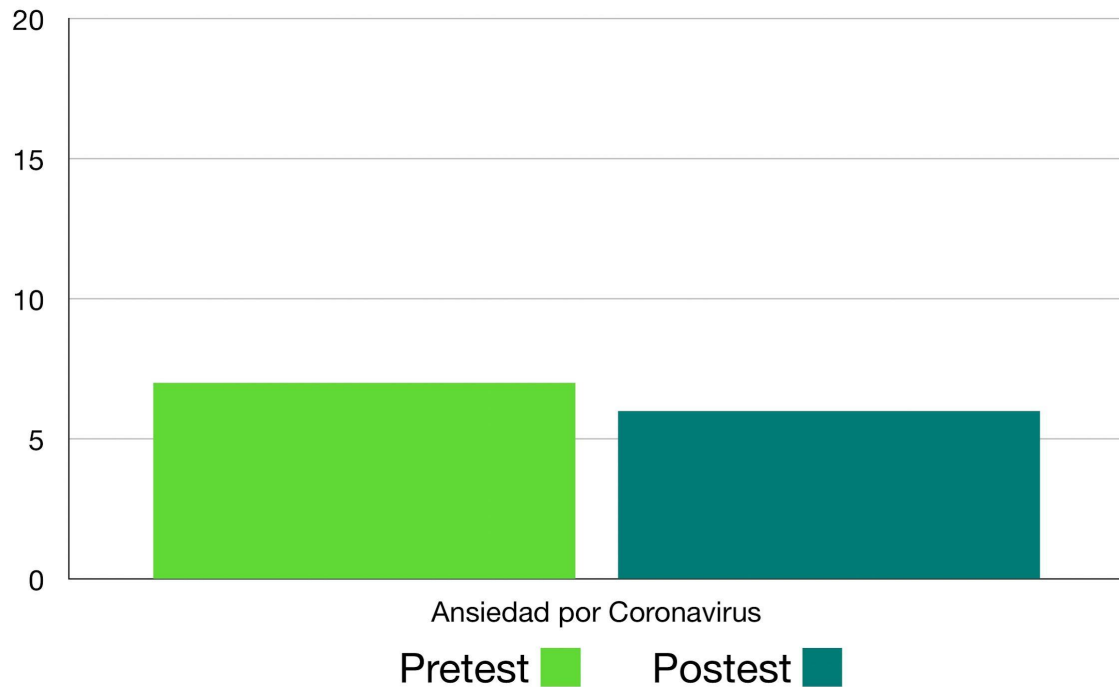


Ansiedad por Coronavirus (CAS)

En cuanto al nivel de ansiedad (figura 9) experimentado por coronavirus el participante obtuvo en el pretest un resultado de 7 puntos reflejando una ansiedad mínima que se mantuvo casi en el mismo resultado disminuyendo sólo un punto posterior a la intervención.

Figura 9

Resultados en el pretest y postest de la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS)



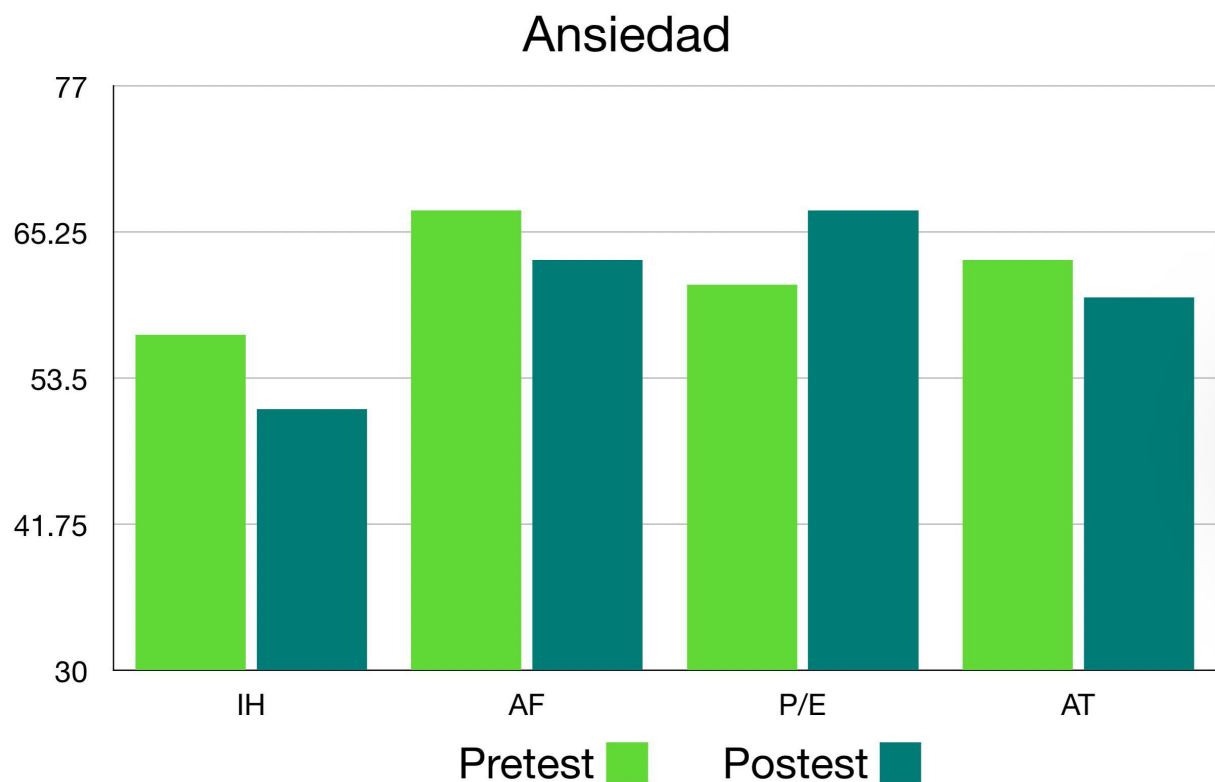
Ansiedad generalizada (AMAS)

En la figura 10 se muestran las puntuaciones T obtenidas en las escalas del AMAS antes y después de la intervención. En el pretest la participante obtuvo como resultado puntuaciones ubicadas en rangos de elevación leve y clínicamente significativo de la ansiedad, por ejemplo, se destaca una elevación clínicamente significativa en la subescala de Ansiedad Fisiológica (AF, $T=67$) y elevaciones leves en las subescalas de Inquietud/hipersensibilidad (I/H, $T=57$) y Preocupaciones Sociales y Estrés (PE, $T=61$). En cuanto al resultado de la Ansiedad Total obtuvo como resultado un puntuación T de 63 que indica una elevación leve de la ansiedad.

Posterior a la intervención, se observó una disminución de la puntuación en la subescala de I/H ($T=51$) así como una reducción parcial en la subescala AF ($T=63$) que pasó de una elevación clínicamente significativa a leve. Por el contrario, la subescala de PE mostró un incremento posterior a la intervención ($T=67$). La puntuación de Ansiedad Total disminuyó ($T=60$), sin embargo, se mantuvo en una elevación de la ansiedad leve.

Figura 10

Resultados en el pretest y postest de la Escala de Ansiedad Manifiesta (AMAS)



Efectividad de la intervención

Para llevar a cabo el análisis estadístico y evaluar el efecto de la intervención en la promoción de la calidad de vida y estilo de vida relacionados con la salud de los cuidadores

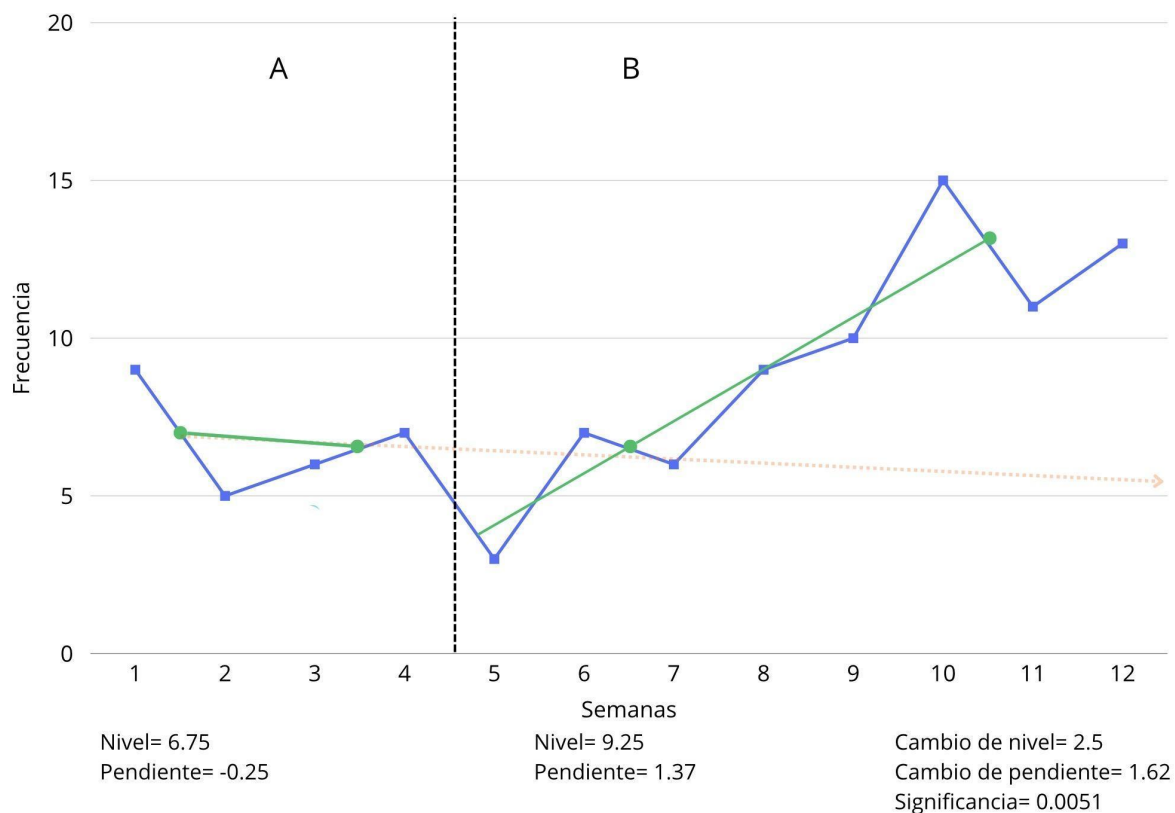
primarios de sobrevivientes de COVID-19 se usó la Técnica de División de Mitades (split middle technique), esta técnica permite estimar la tendencia dentro de las fases de línea base e intervención y comparar las tendencias entre fases para determinar si existen cambios entre los datos obtenidos en la línea base y la fase de intervención.

Estos datos fueron obtenidos a partir de los autorregistros semanales y mediciones sesión a sesión, el objetivo fue identificar si la intervención produjo un aumento en la frecuencia de conductas orientadas al autocuidado, el afrontamiento efectivo y actividades orientadas a valores así como en la reducción de conductas de evitación inefectivas y de la intensidad del malestar emocional.

En la figura 11 se muestra la evolución de la frecuencia semanal de actividades placenteras. El objetivo fue que la participante aumentara la realización de actividades placenteras de acuerdo con sus valores. Durante la línea base se observó un nivel promedio de 6.75 actividades, con una pendiente ligeramente negativa (-0.25) lo cual sugiere una tendencia a la disminución de actividades placenteras. Al iniciar la fase de intervención se observó un incremento del nivel promedio a 9.25 actividades, junto con una pendiente positiva de 1.37 lo cual muestra una tendencia ascendente en la frecuencia de actividades placenteras mientras avanzaba la intervención. En cuanto al cambio en el nivel (2.5) y el cambio de pendiente (1.62), se observa un desplazamiento general hacia valores más altos y una aceleración del incremento durante el tratamiento; en cuanto a la significancia clínica se obtuvo un valor de 0.0051 lo cual sugiere que el incremento en la frecuencias de actividades placenteras durante la fase B no es atribuible al azar. En conjunto los

indicadores visuales y cuantitativos son compatibles con un efecto favorable de la intervención sobre el incremento de actividades placenteras.

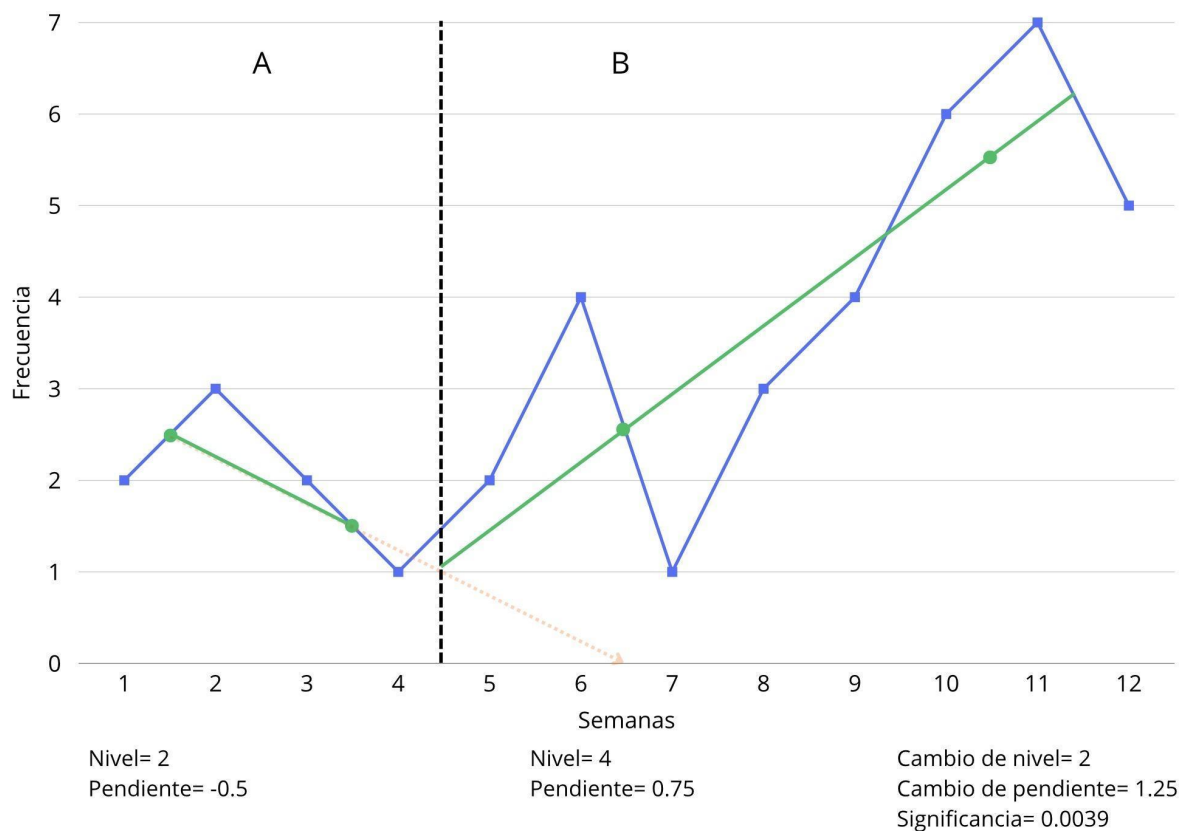
Figura 11
Split de frecuencia de actividades placenteras



A fin de observar si el incremento en actividades placenteras estaba relacionado con el aumento en emociones como la alegría, en la figura 12 se presenta la frecuencia en que la participante experimentó alegría, se observó en la línea base hubo un nivel promedio de 2 episodios con una pendiente negativa (-0.5) mostrando una tendencia a la disminución de esta emoción antes de la intervención. Sin embargo, durante la implementación de la intervención el nivel aumentó a 4 episodios en promedio y la pendiente resultó positiva (0.75) dejando ver una tendencia al incremento de la frecuencia de alegría a medida que avanzó el tratamiento. Con respecto al cambio

entre fases, se identificó un cambio de nivel de 2 y un cambio de pendiente de 1.25 lo cual refleja un desplazamiento hacia valores más altos y un cambio en la dirección de la tendencia en comparación con la línea base además se obtuvo un valor de significancia de 0.0039 lo cual confirma que la intervención fue efectiva para la participante ahora, no sólo para aumentar la frecuencia de actividades placenteras sino que también sugiere un incremento de emociones positivas como la alegría.

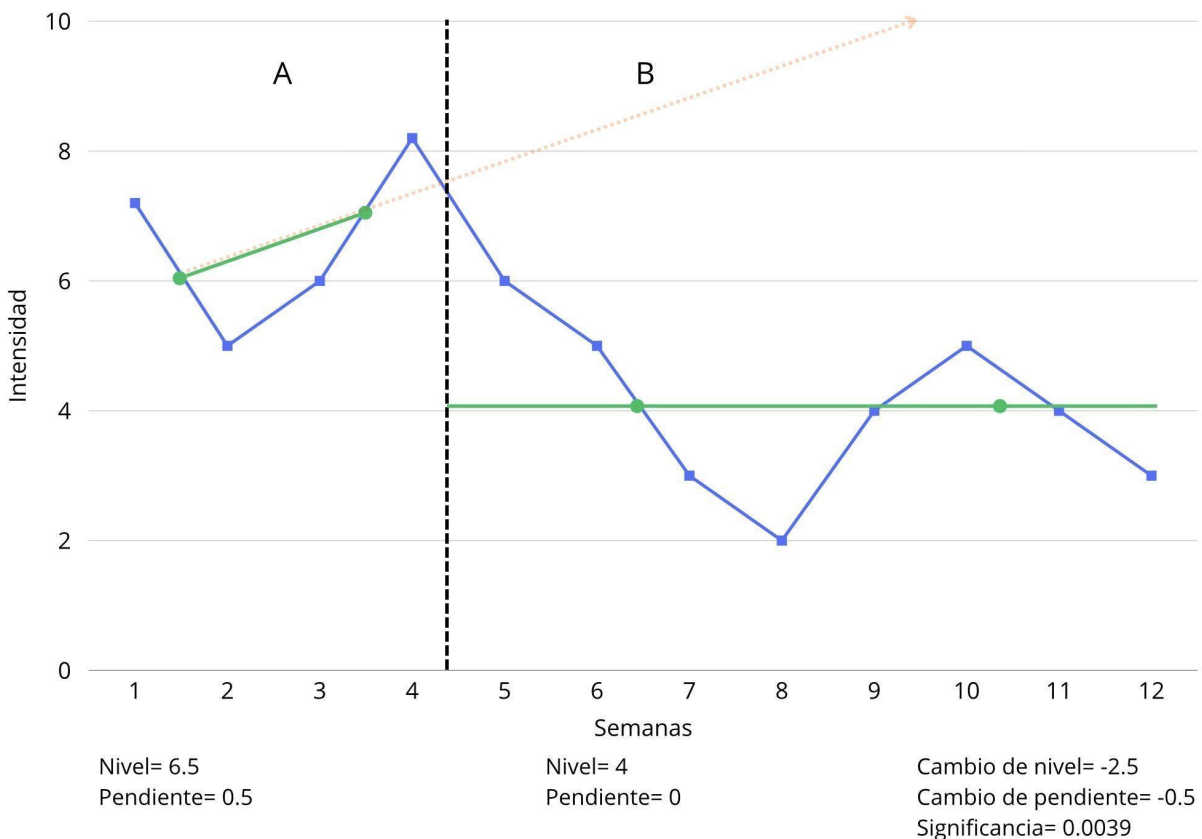
Figura 12
Split de frecuencia de emoción de alegría



Por otra parte, respecto el sufrimiento emocional, el objetivo fue que la participante regulara las respuestas emocionales displacenteras en cuanto a intensidad y de forma secundaria también se midió si disminuyó la frecuencia, como se muestra en la figura 13, en la línea base

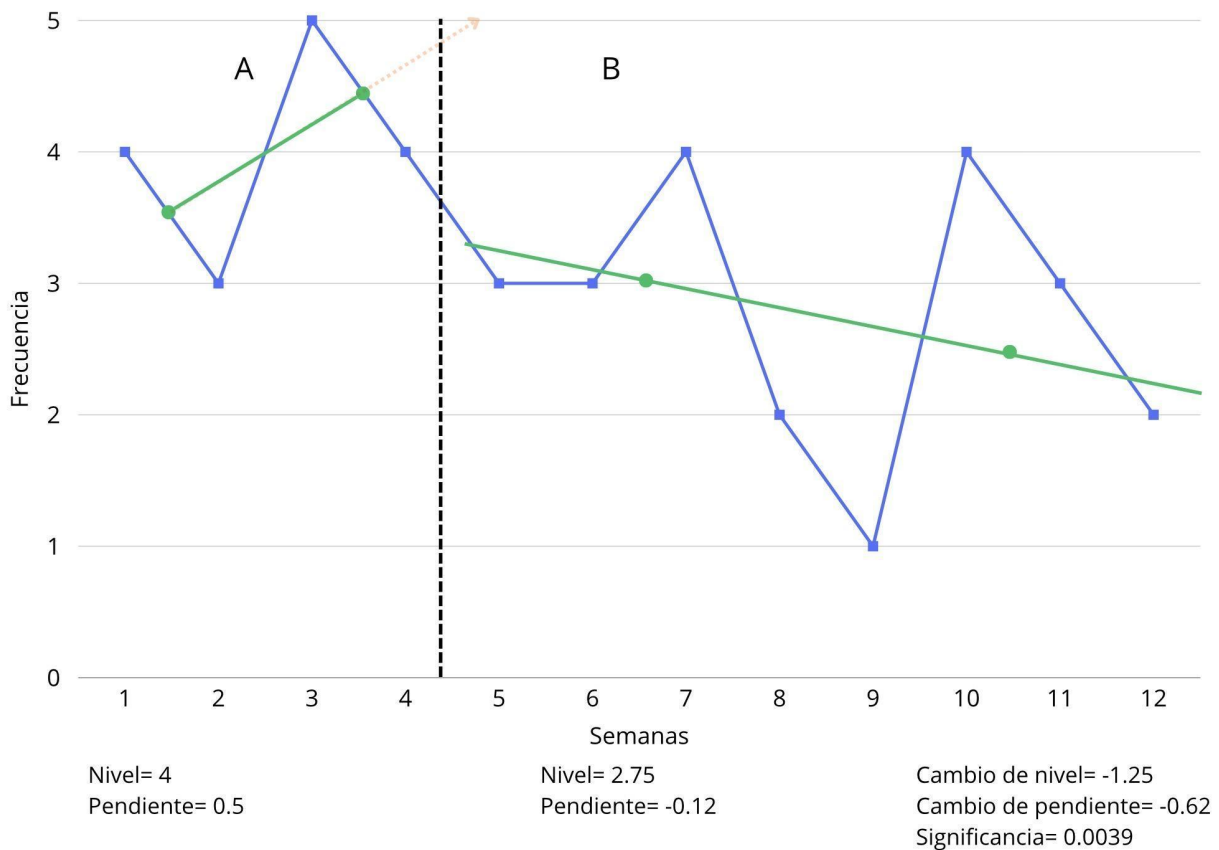
se observó un nivel promedio de 6.5 con una pendiente positiva (0.5) lo cual puede indicar una tendencia ligera al incremento de la intensidad del sufrimiento emocional de no haber intervenido. Al iniciar la intervención se registró un nivel promedio de 4 puntos con una pendiente 0, lo que indica que la intensidad se mantuvo relativamente estable alrededor de un valor menor en comparación con la línea base. El cambio de nivel (-2.5) y el cambio de pendiente (-0.5) refleja la reducción general de la intensidad del sufrimiento emocional y el cambio de tendencia ascendente en la línea base que dejó de presentarse durante la intervención, asimismo se calculó un valor de significancia de 0.00039 lo cual respalda junto con el análisis visual, una reducción significativa de la intensidad del sufrimiento emocional durante la intervención.

Figura 13
Split de intensidad del sufrimiento emocional



De manera complementaria al análisis de la intensidad del sufrimiento emocional (figura 13) se evaluó la frecuencia en que se presentó el sufrimiento emocional semanalmente (figura 14) de manera general se observó un nivel promedio de 4 episodios de malestar emocional con una pendiente positiva (0.5) lo que sugiere una ligera tendencia al incremento de la frecuencia antes de la intervención. Por el contrario, durante la fase de tratamiento la frecuencia del sufrimiento emocional mostró una reducción del nivel (2.75) junto con una pendiente negativa leve (-0.12), indicando una tendencia a la disminución durante la fase de tratamiento. Debido a factores contextuales de la participante hubo cierta variabilidad en los datos, situación que identificó la participante como normal y necesario para el afrontamiento de los problemas cotidianos. Pese a lo anterior se observó un cambio de nivel de -1.25 y un cambio de pendiente de -0.62 mostrando que además de reducirse la intensidad también se vió disminuida la frecuencia del sufrimiento emocional de la intervención. Además el valor de significancia dio un resultado de 0.0039 apoyando que en la fase de intervención hubo un cambio en la dirección esperada respecto a la línea de proyección observada en la línea base.

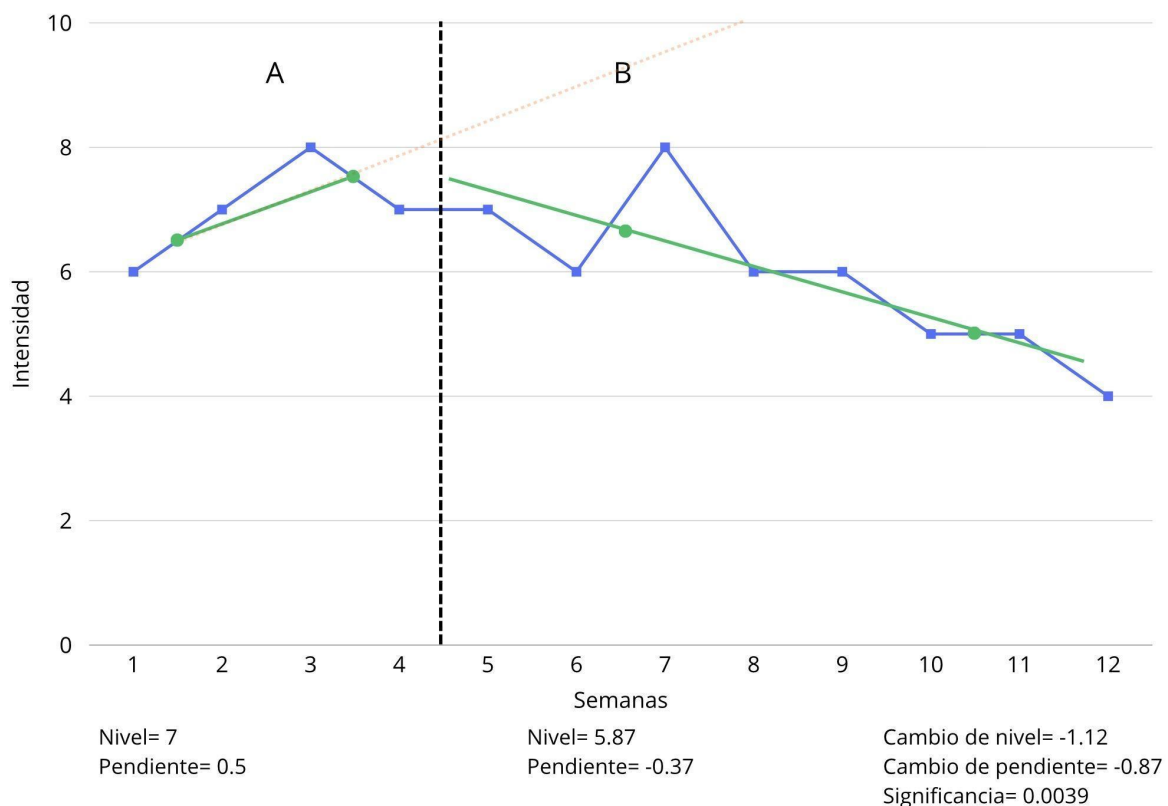
Figura 14
Split de la frecuencia del sufrimiento emocional



Con respecto al sufrimiento físico el objetivo fue observar si durante la intervención esta percepción disminuía, en la figura 15 se muestra la intensidad semanal del sufrimiento físico de la participante, en la línea base se observó un nivel promedio de 7 puntos, con una pendiente de 0.5 lo cual reflejó una tendencia ligera al incremento del sufrimiento físico con el paso de las semanas. No obstante, en la fase de intervención, se mostró una disminución en el nivel promedio llegando a 5.87 puntos en promedio y la pendiente fue negativa (-0.37) indicando una tendencia general a la reducción de la intensidad del sufrimiento emocional. Cabe mencionar, que la respuesta crónica al dolor era mantenida por una respuesta emocional de ansiedad a los centros de atención médicos,

situación por la que tenía una conducta de evitación a la asistencia médica, con la intervención y las herramientas aprendidas la participante logró nuevamente elegir recibir la atención médica lo cual explicó la disminución del gradual del dolor y la variabilidad parcial en los datos . En cuanto al cambio de nivel (-1.12) y el cambio de pendiente (-0.87) indican una reducción en el promedio de la intensidad y un cambio de tendencia de ascendente en línea base a descendente en la fase de intervención. Finalmente se obtuvo un valor de significancia de 0.0039 que demuestra el patrón observado en la fase de intervención fue consistente con la mejoría en comparación con lo esperado en la línea base.

Figura 15
Split de intensidad del sufrimiento físico

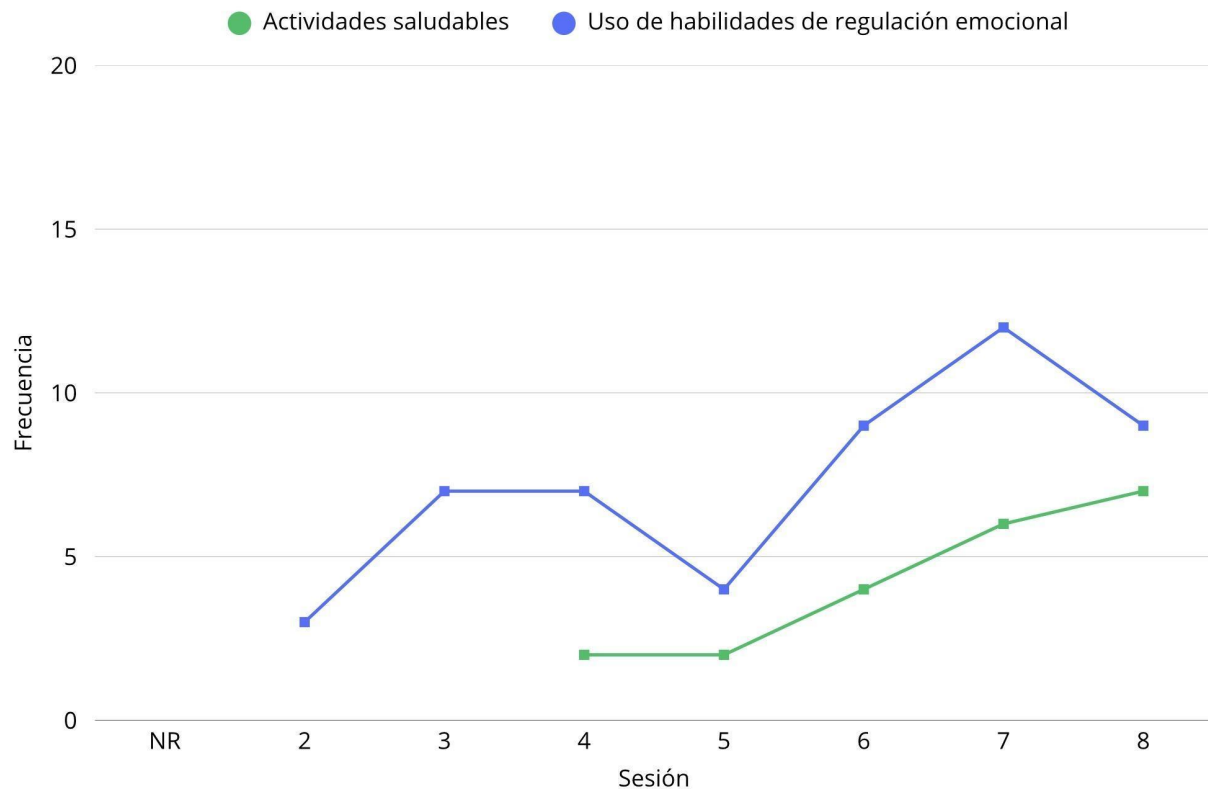


Resultados descriptivos de la evolución semanal de las conductas saludables y la práctica de habilidades de regulación emocional

Por último, se muestra en la figura 16 el progreso a nivel descriptivo de dos indicadores conductuales que aunque topográficamente distintos ambos operativizan dimensiones del constructo estilo de vida relacionado con la salud según la definición teórica utilizada; el registro sistemático se inició en la sesión 2 una vez que la participante fue aprendiendo estas habilidades y fue entrenada en el uso del registro, por lo tanto, la sesión previa se describe como no registrada (NR). En el gráfico, por un lado, se muestra la evolución semanal en que la participante ejecutó al menos una conducta saludable planificada de autocuidado (programación e ingesta de alimentos saludables, beber 2 litros de agua, citas médicas, sueño de al menos 7 horas), y por otro lado, el uso de habilidades de regulación emocional, es decir, el número de ocasiones por semana en las que la participante empleó alguna de las estrategias aprendidas en la intervención (mindfulness, solución de problemas, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones). El análisis visual revela un aumento sostenido en el uso de herramientas de regulación emocional seguido de un incremento gradual en las conductas de autocuidado físico. Los cambios en los indicadores conductuales son coherentes con la mejora observada en el pretest-posttest de la variable estilo de vida relacionada con la salud, lo que sugiere convergencia entre la evidencia psicométrica y la evidencia conductual.

Figura 16

Frecuencia semanal de conductas de autocuidado relacionadas con la salud



Análisis de la significancia clínica

Con el objetivo de corroborar la significancia clínica al término de la intervención se realizó una entrevista con la participante, orientada a identificar verbalizaciones asociadas a posibles cambios clínicos posterior al proceso de intervención. La participante reportó modificaciones en su comportamiento y en la manera de relacionarse con sus pensamientos y emociones, atribuibles a las sesiones recibidas. En la Tabla 11 se muestran las preguntas formuladas así como las respuestas emitidas por la participante. Estos hallazgos son congruentes con los cambios observados a nivel estadístico mediante la split middle technique.

Tabla 11*Discurso de la participante al concluir la intervención*

Preguntas	Discurso del participante al concluir
Al comparar tu situación antes y después de la intervención ¿identificaste cambios que consideres importantes o relevantes en tu vida diaria?	Participante: “Antes no podía salir de mis pensamientos ahora he aplicado las herramientas y me enfoco en las cosas que quiero lograr o resolver, y cuando aparecen pensamientos ahora identifico si estos son válidos o no, ó si son reales y los ajusto por formas pensar racional. Ahora vivo más en el presente en lo que sí está pasando, quiero cuidar de mi y mi cuerpo y hacer cosas que se lleven bien con mis valores”.
Comparando tu salud, tus hábitos antes de empezar la intervención con cómo estás ahora ¿has notado algún cambio?	Participante: “Como te comenté al inicio yo no sentía que estuviera tan mal en ese aspecto, en general siento que he procurado cuidar mi salud, sin embargo lo que cambió es el enfoque, ante me cuidaba para evitar enfermarme y más con lo del COVID, ahora quiero cuidarme para disfrutar más de las actividades que me encantan, para seguir activa, antes de la intervención tenía miedo de ir al médico para atender mi dolor de cadera porque estar en una clínica no es algo que me traiga buenos recuerdos, pero con lo que aprendimos me di cuenta que evitar eso me estaba trayendo más problemas y me impedía disfrutar mi vida y lograr hacer actividades que quisiera, gracias a lo que hoy sé me armé de valor y ya estoy tratando el problema. Ah y claro le di orden a mi sueño”.
¿La intervención fue útil para ayudarte a identificar y comprender mejor las emociones que surgieron a partir de la COVID-19 y cómo estás influyen en tu vida diaria?	Participante: “Si claro, antes yo pensaba que el sentir todo ese miedo cuando mi familiar estaba hospitalizado me hacían alguien débil, hoy sé que eso que sentía me ayudó a protegerme a mí y a mi familia, y que de no haber sido por ese miedo no me hubiera activado para estar atenta a lo que se requería. He aprendido que mis emociones van conmigo para ayudarme, las identifico mejor,

sobre todo el miedo, el cual tuve que ajustar
un poco y también la alegría la cual
honestamente me era un poco ajena”.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente apartado discute los hallazgos principales obtenidos en esta investigación de acuerdo con resultados actuales de investigaciones relacionadas al bienestar psicológico de cuidadores familiares sobrevivientes de enfermedades críticas incluyendo la enfermedad crítica por COVID-19, en particular se contrasta el cambio observado en la calidad de vida relacionada con la salud, estilo de vida relacionado con la salud y sintomatología emocional (ansiedad, depresión y TEPT) de esta población, con el fin de identificar convergencias, divergencias plausibles y contribuciones específicas al campo, para ello se retoma el objetivo principal de este estudio y los aspectos metodológicos que resultaron clave en la obtención de estos resultados. Luego se muestran los aportes más sustantivos derivados del análisis realizado. Por último, se discuten los alcances de este trabajo y se indican algunas líneas de investigación para iniciativas futuras.

Los cuidadores primarios de sobrevivientes de COVID-19 en estado crítico han constituido una población vulnerable expuestas a estresores durante la estancia en cuidados intensivos y posterior a su salida (reorganización familiar, sobrecarga, incertidumbre clínica, aislamiento, problemas económicos) y que han provocado posibles secuelas emocionales y de salud tanto en cuidadores como sobrevivientes (Sha et al., 2021). En la presente investigación se ha señalado que, pese a la importancia de este grupo, la evidencia específica de intervenciones psicológicas en cuidadores familiares de sobrevivientes de COVID-19 es todavía limitada, lo cual justifica la pertinencia del problema investigado y la necesidad de intervenciones basadas en evidencia para contribuir a la calidad de vida de este grupo (Wiblishauser et al., 2023).

Desde un enfoque conductual en el campo de la psicología de la salud, esta investigación parte de que los desenlaces clínicamente relevantes (CVRS y síntomas emocionales) son sensibles a cambios en repertorios conductuales y variables ambientales ó contextuales (autocuidado, construcción de actividades orientadas a valores, afrontamiento efectivo, reducción de la evitación y regulación emocional) lo que hace pertinente un abordaje cognitivo-conductual-contextual como vía de intervención para las secuelas psicológicas experimentadas por los cuidadores familiares de sobrevivientes de enfermedades críticas como el COVID-19 (Reynoso-Erazo & Becerra-Gálvez, 2014).

El objetivo general planteado fue evaluar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual con componentes de técnicas contextuales para promover la calidad y estilo de vida de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19 que padecieron cualquiera de la siguientes sintomatologías ansiedad, depresión, ó trastorno de estrés postraumático. En este sentido, antes analizar los cambios atribuibles a la intervención, durante la investigación se evidenció primero, que la presencia de síntomas depresivos y estrés postraumático en la participante siguieron estando presentes incluso 4 años después del alta médica lo cual indica un patrón sintomatológico compatible con lo descrito en la literatura sobre cuidadores familiares sobrevivientes de enfermedades críticas donde se ha documentado la persistencia de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático entre los 18 meses y hasta los 4 años posteriores (Nosaka et al., 2024; Johnson et al., 2019; Davidson et al., 2012).

En segundo lugar, los componentes entrenados en la presente intervención cognitivo-conductual-contextual muestran una clara convergencia con programas de intervención

transdiagnóstica dirigidos a cuidadores y familias en contextos de enfermedad crítica como las intervenciones Recovering Together (Vranceanu et al., 2020) la intervención FAMily-Oriented Support (FAMOS) (Salem et al., 2021) y el Family-Centered Empowerment Model (FCEM) (Nia et al., 2022) lo cuales mostraron una reducción en síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático. En estos programas un elemento común es la psicoeducación inicial, cuyo propósito es clarificar la naturaleza del problema, normalizar respuestas emocionales, reducir la incertidumbre y fortalecer la percepción de control a la par que se entrenan habilidades basadas en modelos cognitivo-conductuales y/o contextuales. De manera consistente a estos hallazgos la intervención Acción para la Salud incorporó un componente psicoeducativo al inicio además de componentes en línea con modelos contextuales como el mindfulness, activación conductual y terapia de aceptación y compromiso, culminando con un componente de consolidación de habilidades y prevención de recaídas. Esta convergencia también es coherente con la evidencia empírica en cuanto a la reducción de síntomas de depresión y estrés postraumático en la participante de esta investigación .

Por otra parte, en concordancia con los resultados de que, en la evaluación pretest-posttest, se observaron cambios favorables consistentes con todas las subescalas del sf-36, con mejoras tanto en dominios físicos como psicosociales, la evidencia reciente con cuidadores de pacientes con COVID-19 también documenta efectos positivos sobre la calidad de vida de los cuidadores familiares ante intervenciones contextuales. En el ensayo clínico aleatorizado de Shahidi et al. (2023) una intervención remota basada en mindfulness y terapia de aceptación y compromiso mostró mejoras significativas en calidad de vida en comparación con el grupo control, este resultado es congruente con resultados de esta investigación y sugiere que la incorporación de

prácticas de atención plena, y acciones orientadas a valores pueden traducirse en mejoras en el bienestar general de los cuidadores familiares.

En relación al estilo de vida relacionado con la salud, la participante mostró un incremento en la puntuación del instrumento FANTÁSTICO, lo cual sugiere un aumento en la frecuencia de conductas orientadas al autocuidado posteriores a la intervención. Este hallazgo es relevante, ya que la intervención no se limitó a objetivos de disminución del malestar emocional, sino que incorporó explícitamente la promoción de rutinas de salud y autocuidado como un mecanismo adicional, sustentado en evidencia, para potenciar la reducción del malestar emocional y favorecer mejoras en la percepción de calidad de vida relacionada con la salud. En concordancia, revisiones recientes sobre intervenciones de estilo de vida reportan mejoras tanto en indicadores de calidad de vida como en la disminución de síntomas emocionales de malestar (Brinsley et al., 2025; Amiri et al., 2024). Adicionalmente, la inclusión del componente de programación de actividades saludables constituye una contribución del presente trabajo, dado que en intervenciones previas dirigidas a cuidadores familiares de sobrevivientes de COVID-19 este componente no había sido incorporado de manera sistemática.

En síntomas postraumáticos se observó un cambio notable pasando el punto de cohorte de 33 en el pretest lo cual denota un diagnóstico de estrés postraumático, sin embargo, posterior a la intervención hubo una reducción a 6 puntos, estos cambios desde una perspectiva conductual, pueden explicarse por el efecto en procesos transdiagnósticos que suelen mantener la sintomatología del TLP y depresión: reducción de las conductas evitación, incremento de habilidades de afrontamiento efectivo, modificación de rutinas de exposición a estímulos condicionados aversivamente é incremento de conductas orientadas a valores (Sep, Geuze & Joëls, 2023; Etherton & Farley, 2022; Wagner et al., 2019; Kriptos et al., 2015).

En esta misma línea teórica, los síntomas depresivos que reportó la participante quien pasó de un nivel moderado a mínimo tras reducir 11 puntos los síntomas depresivos, desde la perspectiva conductual, la disminución de los síntomas depresivos observada puede explicarse por un incremento del reforzamiento positivo y una reducción progresiva de patrones conductuales de evitación. En este sentido la intervención favoreció el incremento y/o reincorporación gradual de conductas placenteras y orientadas a valores, lo que incrementó la probabilidad de acceso a experiencias de reforzamiento positivo y con ello un resultado de mayor percepción de bienestar, este incremento ofrece un marco explicativo funcional sobre la disminución de los síntomas depresivos coherente con la perspectiva teórica conductual de la cual parte la presente investigación (Carvalho & Hopko, 2011). En conjunto estos hallazgos sostienen que la intervención no sólo fue efectiva para promover la calidad y estilo de vida relacionada con la salud de la participante sino además para reducir la sintomatología de depresión y estrés postraumático, los presentes hallazgos permiten considerar que la hipótesis se confirma de forma amplia para los desenlaces primarios (CVRS y estilo de vida relacionado con la salud), así como de manera consistente para los desenlaces secundarios de sintomatología emocional (estrés postraumático y depresión).

En cuanto a los síntomas de ansiedad, los resultados pretest-posttest sugieren cambios específicos en algunas subescalas como Ansiedad Fisiológica que pasó de un nivel clínicamente significativo a una elevación leve y también se observó un nivel parcialmente menor en la subescala de Inquietud/Hipersensibilidad. En contraste la subescala de Preocupaciones Sociales y Estrés se elevó posterior a la intervención, en vista de las situaciones contextuales de la

participante, puede interpretarse como un cambio por factores ambientales comunes durante el periodo de intervención más que como consecuencias del programa implementado. Estos cambios mínimos observados en los niveles de ansiedad general y la ansiedad relacionada a coronavirus son plausibles si se considera que la participante ya presentaba, desde el pretest, una sintomatología global leve o mínima, en este escenario el margen de mejoría es naturalmente reducido.

Profundizando en estos cambios observados en las mediciones pretest-posttest presentadas, los análisis visuales generados aportan un nivel adicional en la explicación de los cambios al mostrar cómo este ocurrió de forma sistemática, es decir, que modificaciones en repertorios conductuales acompañaron las mejoras en CVRS y estilo de vida relacionado con la salud. En particular, el incremento en la tasa de actividades placenteras es consistente con el proceso central de la activación conductual: el aumentar la exposición a contingencias de refuerzo positivo y reducir las conductas de evitación se favorece el bienestar y se atenúa el malestar depresivo. Esta interpretación se amplía al observar, de manera paralela, el incremento en episodios de alegría y la reducción de intensidad del sufrimiento emocional, lo cual sugiere un cambio en el contacto con reforzadores positivos naturales. En este sentido, los patrones visuales confirman la evidencia empírica que plantea la recuperación del acceso a contingencias de refuerzo positivo como vía explicativa del cambio clínico en la depresión.

En cuanto a la reducción en la intensidad del sufrimiento físico puede interpretarse funcionalmente como un efecto indirecto de la adquisición de nuevas habilidades de afrontamiento ante estímulos condicionados aversivamente (centros médicos, hospitales) y con ello sustituir los

repertorios conductuales reforzados negativamente (evitar recibir asistencia médica) por el aumento de conductas bajo control discriminativo de los valores lo cual incrementó la probabilidad de acceso a una dirección de comportamientos efectivos que comulgaron con una dirección valiosa desde el punto de vista de la participante y que al mismo tiempo actuó como consecuencia contingente de refuerzo positivo y natural a la respuesta efectiva (p. ej. acudir al servicio médico pese a la respuesta emocional aversiva experimentada) permitiendo una exposición natural a estímulos condicionados aversivamente y de esa manera facilitar la extinción respondiente ante dichos estímulos, resultados que contribuyen de manera secundaria a explicar de manera más amplia la reducción sintomatológica en estrés postraumático. Lo anterior aporta un argumento adicional de que las mejoras no se limitaron a una percepción general en el posttest, sino que se expresaron en cambios observables y temporalmente vinculados a la implementación de la intervención.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos en esta investigación, de acuerdo con Giménez-Esparza et al. (2024) muestran que la sintomatología pertinente al síndrome posterior a cuidados intensivos en la familia se observan en cohortes COVID y no COVID, lo que respalda la conceptualización del problema como un fenómeno vinculado a la enfermedad crítica en el contexto de la UCI, más allá de un diagnóstico específico. Por tanto, las mejoras observadas en la calidad de vida relacionada con la salud no son solo resultados situados en COVID-19, sino como evidencia que puede aportar a las intervenciones con cuidadores sobrevivientes de enfermedad crítica en general, donde el deterioro de la calidad de vida y deterioro emocional es parte de los resultados indicados posterior al alta de cuidados intensivos.

En términos metodológicos este estudio incorporó elementos que favorecen la sensibilidad al cambio y la interpretación funcional de los resultados. Primero, la intervención se implementó en un formato online lo que incrementa la viabilidad de la intervención con cuidadores que presentan barreras de tiempo y movilidad condiciones frecuentemente reportadas (Zhai et al., 2023). La elección es consistente con la tendencia reciente a raíz de la pandemia por COVID-19 de explorar estrategias digitales o remotas para apoyar la salud de la población en general por su potencial de accesibilidad y continuidad del cuidado (Rw & Nan, 2025; Philippe et al., 2022).

En segundo lugar, la validez de contenido del diseño de intervención estuvo respaldada por jueces expertos en la práctica de la terapia cognitivo conductual contextual que se recomienda para asegurar que los componentes sean coherentes con los objetivos y resultados esperados así como la optimización en claridad y factibilidad de los mismos antes de su implementación. En tercer lugar el estudio se apoyó en un diseño $n=1$ que permitió evaluar y comparar de forma sistemática el cambio conductual en la misma participante entre la línea base y la fase de la intervención lo cual aumenta la sensibilidad para detectar variaciones clínicamente relevantes asociadas a la introducción de la intervención. Este diseño es útil cuando por razones de contexto o recursos no es factible implementar diseños grupales, sin renunciar a un registro sistemático del efecto. En el presente estudio, la solidez del AB se reforzó al distinguir claramente la línea base de la fase de intervención y al interpretar los datos mediante análisis visual (nivel, pendiente, cambio de nivel cambio de pendiente y significancia), complementado con la split-middle technique para describir la tendencia entre fases, fortaleciendo la inferencia de que los cambios observados se asociaron temporalmente a la implementación del programa a partir de autorregistros semanales (Lobo et al., 2017).

A partir de la integración de resultados y antecedentes, se identifican las siguientes contribuciones principales:

1. Aporte empírico específico en cuidadores de sobrevivientes de COVID-19 en estado crítico, el estudio responde a una brecha señalada respecto a la limitada investigación aplicada en cuidadores familiares de sobrevivientes de COVID-19, aportando evidencia directa en un grupo clínicamente relevante.
2. Evidencia de mejora en calidad de vida relacionada con la salud y estilo de vida, no solo en la reducción del malestar emocional. Lo cual sostiene que un abordaje cognitivo-conductual-contextual puede impactar comportamientos de salud y mayor percepción de bienestar.
3. Se aportó conocimiento sobre una intervención transdiagnóstica en un cuidador familiar que no solo mejoró su calidad de vida relacionada con la salud sino contribuyó de manera notable en la reducción de los síntomas de estrés postraumático y los síntomas depresivos. La presente intervención también incluyó entre sus componentes la promoción de comportamientos saludables como un elemento apoyado por la evidencia en la reducción del malestar emocional y el incremento de la calidad. Se considera que los componentes de esta intervención pueden ser aplicados en cuidadores familiares y sobrevivientes de enfermedad crítica.

La evidencia reciente indica que una proporción importante de familiares de sobrevivientes por enfermedad crítica presentan síntomas de ansiedad, depresión y TEPT en los meses posteriores

al evento, con niveles comparados a los propios sobrevivientes, Hartley et al. (2026) subrayan que la evidencia sobre intervenciones psicológicas dirigidas específicamente a familiares sigue siendo limitada, heterogénea y con escaso seguimiento pese a la magnitud del problema. Adicionalmente Marini et al. (2025) destacan la necesidad de que las intervenciones sean personalizadas tanto al paciente como al cuidador, recomendación que resulta pertinente dada la heterogeneidad en demandas físicas, emocionales y sociales que limita la efectividad de abordajes estandarizados. En este contexto, la presente investigación adquiere relevancia al abordar directamente esta brecha y al diseñar é implementar una intervención siguiendo esta lógica individualizada, ajustando el entrenamiento en autocuidado, regulación emocional y activación conductual a las características, valores y contingencias particulares de la participante. Los resultados obtenidos aportan evidencia aplicada a un campo insuficientemente atendido y respaldan la necesidad de continuar desarrollando y evaluando intervenciones personalizadas dirigidas al sistema familiar tras eventos médicos críticos (Nosaka et al. 2024).

Limitaciones y líneas futuras

Este estudio presenta limitaciones inherentes a un diseño de caso único de tipo AB: no permite la generalización estadística y el cambio observado podría estar influido por otras variables. La ausencia de una fase de seguimiento impide evaluar el mantenimiento de efectos y recaídas. Se recomienda que en futuras investigaciones: a) se lleve un seguimiento más largo sobre el estado de bienestar psicológico de las familias de sobrevivientes por enfermedad crítica superior a los 12 meses para identificar posibles necesidades b) diseñar é implementar intervenciones psicológicas personalizadas con cuidadores familiares de sobrevivientes por enfermedad crítica no sólo enfocadas a disminuir el malestar sino orientadas al incremento del bienestar y la promoción

de comportamientos de salud c) incluir seguimientos mínimos de 3 y 6 meses, d) integrar indicadores de carga del cuidador y funcionamiento familiar, dado que el impacto post-COVID suele ser sistémico e) Desarrollar é implementar intervenciones estructuradas, con fundamentos teóricos consistentes y evaluación de mantenimiento de efectos en poblaciones vulnerables como los cuidadores familiares de sobrevivientes por enfermedad crítica, donde la persistencia de estresores puede comprometer la estabilidad del cambio clínico

Conclusión

En conjunto los resultados de esta intervención apoyan la hipótesis de que una intervención cognitivo-conductual-contextual promueve la calidad de vida y estilo de vida relacionada con la salud además de reducir síntomas de estrés de postraumático y depresión en cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19. La convergencia con lo reportado en la literatura sobre intervenciones remotas y basadas en propuestas de modelos contextuales (ACT, mindfulness, BA en post-COVID) sugiere que este tipo de intervenciones puede ser una vía prometedora para atender una vía prometedora en la atención de los cuidadores familiares de pacientes sobrevivientes de enfermedad crítica.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo de estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética del Área Académica de Psicología del Instituto de Ciencias de la Salud perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Con el presente estudio se pretende promover la salud de aquellos y aquellas participantes en riesgo de padecer cualquiera de las sintomatologías descritas en este documento como son depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático que pudiera influir en la calidad de vida de estos usuarios así como contribuir al desarrollo de comportamientos de salud en los participantes facilitándoles la adopción de un estilo de vida saludable que repercuta directamente en la mejora de su percepción de calidad de vida. Los responsables de este estudio se comprometen a respetar la integridad, autonomía y dignidad de los y las participantes así como el resguardo y protección de sus datos, los cuales serán usados bajo su consentimiento, asimismo la participación de los usuarios en el estudio es en todo momento voluntaria, por lo que las participantes son libres de abandonar el estudio por las razones que a ellos convengan sin que ello suponga un riesgo a la protección de sus datos.

En el presente estudio se manifiesta respetar y apegarse a los principios establecidos en el código de ética del psicólogo, la declaración de Helsinki y la Ley General de Salud que a continuación se describen con mayor detalle.

De acuerdo con el Código de Ética de las y los Psicólogos Mexicanos (2018) y para los fines de la investigación será importante considerar los principios éticos:

- **Confidencialidad:** los profesionales de la psicología tendrán como obligación básica la confidencialidad de la información obtenida a partir de la relación profesional. Solo revelaran la información con el consentimiento de las personas o del representante legal de las mismas, excepto

en aquellas circunstancias particulares en que de no hacerlo llevaría a un evidente daño a las personas u a otros, o salvo orden judicial expresa.

- Integridad: los profesionales de la psicología promoverán su integridad en el desarrollo de la ciencia, en la enseñanza y en el ejercicio profesional de la psicología. Se empeñarán en ser conscientes de sus sistemas de creencias, valores, necesidades y limitaciones y del efecto que éstos tienen sobre su trabajo, evitando el engaño, el fraude, el empleo de títulos que no posea, la falsificación de resultados y los sesgos al realizar investigación, demostrando precisión, honestidad, apertura, sinceridad y objetividad.
- Justicia y equidad: los profesionales de la psicología practicarán y promoverán la implementación de medidas y acciones para proporcionar oportunidades a personas en condiciones de alta vulnerabilidad para que estas puedan ejercer plenamente sus legítimos derechos y aspirar a mejorar su calidad de vida.
- Respeto y defensa de los derechos humanos: los profesionales de la psicología deberán respetar y promover los derechos fundamentales, la dignidad y el valor de todas las personas y no participarán en prácticas discriminatorias. Respetarán el derecho de los individuos a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación y autonomía.
- Responsabilidad: los profesionales de la psicología deberán, con plena consciencia, mantener altos niveles de calidad en su trabajo profesional y deberán aceptar las consecuencias de sus actos. Cumplirán con sus obligaciones profesionales y científicas y pondrán cuidado y atención en lo que hacen o deciden, siempre buscando el bienestar de sus usuarios y de la sociedad.

Derechos de las y los usuarios de los servicios psicológicos profesionales en el campo de la salud

- Recibir trato digno y respetuoso.
- Recibir información clara, suficiente, veraz, oportuna y científica.

- Decidir sobre su atención psicológica cuando sus condiciones y circunstancias físicas, mentales y socioculturales lo permitan.
- Contar con la seguridad del manejo confidencial de la información trabajada en su proceso de atención, durante y posterior al mismo proceso.

VI. Normas éticas sobre la investigación en Psicología

Artículo 94. Después de haber tomado la decisión de colaborar en la línea de la investigación, el profesional de la psicología debe llevar este ejercicio con respeto, siempre interesado por la dignidad y el bienestar de los sujetos que participen.

Artículo 97. Al momento de hacer investigación, sobre todo en aquellos estudios que puedan generar incomodidad en los sujetos de experimentación, es necesario verificar la previa existencia de estudios y resultados semejantes, para evitar la repetición de proyectos, así como el daño o molestia generados en los sujetos que participen.

Artículo 98. En las investigaciones y experimentos que requieran la participación de sujetos humanos, el profesional de la psicología estará obligado a solicitar el consentimiento informado por escrito a los participantes y a exponerles las implicaciones que la participación en el estudio, pueda generar en su persona y su salud.

Artículo 99. El profesional de la psicología debe solicitar autorización a los sujetos si desean que los resultados sean publicados.

Artículo 101. Durante una investigación, debe estar siempre abierta la posibilidad de que las personas que participen como sujetos de estudio puedan desistir en cualquier momento en que lo deseen.

Artículo 106. En los trabajos de investigación, el profesional de la psicología actuará respetando los derechos de los sujetos estudiados en cuanto a ser consultados e informados de todo aquello que pudiera comprometer su salud, capacidad de decisión y participación en asuntos que afecten sus condiciones de vida.

De acuerdo con la Declaración de Helsinki de 2008 (Mazzanti, 2011).

Párrafo 6: “En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses”.

Párrafo 9. “La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida”.

Párrafo 11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

Párrafo 33. Al final de la investigación, todos los participantes en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

REFERENCIAS

- Akbarbegloo, M., & Sanaeefar, M. (2022). Interpreting the lived experiences of home caregivers in the families of patients with COVID-19 in Iran: a phenomenological study. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 34(1). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab144>
- Amass, T., Van Scoy, L. J., Hua, M., Ambler, M., Armstrong, P., Baldwin, M. R., Bernacki, R., Burhani, M. D., Chiurco, J., Cooper, Z., Cruse, H., Csikesz, N., Engelberg, R. A., Fonseca, L. D., Halvorson, K., Hammer, R., Heywood, J., Duda, S. H., Huang, J., Jin, Y., Johnson L., Tabata-Kelly, M., Kerr, E., Lane, T., Lee, M., Likosky, K., McGuirl, D., Milinic, T., Moss, M., Nielsen, E., Peterson, R., Puckey, S., Rea, O. Rhoads, S., Sheu, C., Tong, W., Witt, P., Wykowski, J., Yu, S., Stapleton, R., & Curtis, J. R. (2022). Stress-Related Disorders of Family Members of Patients Admitted to the Intensive Care Unit With COVID-19. *JAMA internal medicine*, 182(6). 624–633. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.1118>
- Amdal, C. D., Pe, M., Falk, R. S., Piccinin, C., Bottomley, A., Arraras, J. I., Darlington, A. S., Hofsø, K., Holzner, B., Jørgensen, N. M. H., Kulis, D., Rimehaug, S. A., Singer, S., Taylor, K., Wheelwright, S., & Bjordal, K. (2021). Health-related quality of life issues, including symptoms, in patients with active COVID-19 or post COVID-19; a systematic literature review. *Quality of life research* 30(12). 3367–3381. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02908-z>

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*: Editorial médica panamericana

American Psychological Association (2017). *Superando la depresión*.
<https://www.apa.org/topics/depression/trastornos-depresivos>

American Psychological Association. (2017). *Más allá de la preocupación*.
<https://www.apa.org/topics/anxiety/preocupacion>

Amigo-Vázquez, I. (2015). *Manual de psicología de la Salud*. Pirámide

Amiri, S., Mahmood, N., Javaid, S. F., y Khan, M. A. (2024). El efecto de las intervenciones de estilo de vida en la ansiedad, la depresión y el estrés: una revisión sistemática y un metaanálisis de ensayos clínicos aleatorios. *Atención médica*, 12(22), 2263.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12222263>

Amiri, S., Mahmood, N., Junaidi, S., & Khan, M. A. (2024). Lifestyle interventions improving health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Journal of education and health promotion*, 13, 193.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1156_23

Arias-Galicia, F. (2017). *Calidad de vida en las organizaciones, la familia y la sociedad*. Ediciones Mínimas

- Asgari, P., Jackson, A. C., Khanipour-Kencha, A., & Bahramnezhad, F. (2021). A Resilient Care of the Patient With COVID-19: A Phenomenological Study. *Sage journals* 43(4). 405-411. <https://doi.org/10.1177/0272684X211033454>
- Azoulay, E., Resche-Rigon, M., Megarbane, B., Reuter, D., Labbé, V., Cariou, A., Géri, G., Van der Meersch, G., Kouatchet, A., Guisset, O., Bruneel, F., Reignier, J., Souppart, V., Barbier, F., Argaud, L., Quenot, J. P., Papazian, L., Guidet, B., Thiéry, G., Klouche, K., Lesieur, O., Demoule, A., Guitton, C., Capellier, G., Mourvillier, B., Biard, L., Pochard, F., & Kentish-Barnes, N. (2022). Association of COVID-19 Acute Respiratory Distress Syndrome With Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Family Members After ICU Discharge. *JAMA*, 327 (11), 1042–1050. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.2017>
- Barreto, B. B., Luz, M., Rios, M. N. O., Lopes, A. A., & Gusmao-Flores, D. (2019). The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Critical care*, 23(1). 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2678-0>
- Bartoli, D., Trotta, F., Simeone, S., Pucciarelli, G., Orsi, G. B., Acampora, O., Muzio, M. D., Cappitella, C., & Rocco, M. (2021). The lived experiences of family members of Covid-19 patients admitted to intensive care unit: A phenomenological study. *Heart & lung: the journal of critical care*, 50(6). 926–932. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.08.002>
- Bassi, M., Carissoli, C., Tonelli, F., Trombetta, L., Magenta, M., Delle Fave, A., & Cogliati, C. (2021). Stress and mental health of COVID-19 survivors and their families after hospital

- discharge: relationship with perceived healthcare staff empathy. *Psychology, health & medicine*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.2019811>
- Bautista-Rodríguez, L. M. (2017). La calidad de vida como concepto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 14 (1). 5-8.
- Beck, A. (1967). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. Merck Sharp & Dohme International
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck depression Inventory-second edition manual*: The psychological corporation.
- Biagianti, B., Lisi, I., Di Liberto, A., Turtulici, N., Foti, G., Zito, S., Ginex, V., Fornoni, C., Gallo, F., Cantú, F., Tombola, V., Di Fede, V., Rossetti, M.G., Colombo, E., Stocchetti, N., Zanier, E., Bellani, M., Bressi, C. & Brambilla, P. (2023). Feasibility and preliminary efficacy of brief tele-psychotherapy for COVID-19 patients and their first-degree relatives. *Journal of affective disorders*, 330. 300-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.024>
- Biagianti, B., Zito, S., Fornoni, C., Ginex, V., Bellani, M., Bressi, C., & Brambilla, P. (2021). Developing a Brief Tele-Psychotherapy Model for COVID-19 Patients and Their Family Members. *Frontiers in psychology*, 12. 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.784685>
- Bidstrup, P. E., Salem, H., Andersen, E. W., Schmiegelow, K., Rosthøj, S., Wehner, P. S., Hasle, H., Dalton, S. O., Johansen, C., & Kazak, A. E. (2023). Effects on Pediatric Cancer Survivors: The FAMily-Oriented Support (FAMOS) Randomized Controlled Trial. *Journal of pediatric psychology*, 48(1), 29–38. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsac062>

- Brinsley, J., O'Connor, E. J., Singh, B., McKeon, G., Curtis, R., Ferguson, T., Gosse, G., Willems, I., Marent, P.-J., Szeto, K., Firth, J., & Maher, C. (2025). Effectiveness of digital lifestyle interventions on depression, anxiety, stress, and well-being: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e56975. <https://doi.org/10.2196/56975>
- Buizza, C., Bazzoli, L. & Guilardi, A. (2022). Changes in college students mental health and lifestyle during the COVID-19 pandemic: A systematic review of longitudinal studies. *Adolescent research review*, 7. 537-550. <https://doi.org/10.1007/s40894-022-00192-7>
- Caballo, V.E. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo veintiuno
- Cairns, P. L., Buck, H. G., Kip, K. E., Rodriguez, C. S., Liang, Z., & Munro, C. L. (2019). Stress Management Intervention to Prevent Post-Intensive Care Syndrome-Family in Patients' Spouses. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 28(6). 471–476. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019668>
- Cameron, J. I., Chu, L. M., Matte, A., Tomlinson, G., Chan, L., Thomas, C., Friedrich, J. O., Mehta, S., Lamontagne, F., Levasseur, M., Ferguson, N. D., Adhikari, N. K., Rudkowski, J. C., Meggison, H., Skrobik, Y., Flannery, J., Bayley, M., Batt, J., dos Santos, C., Abbey, S. E., Tan, A., Lo, V., Mathur, S., Parotto, M., Morris, D., Flockhart, L., Fan, E., Lee, C., Wilcox, E., Ayas, N., Choong, K., Fowler, R., Scales, D., Sinuff, T., Cuthbertson, B., Rose, L., Robles, P., Burns, S., Cypel, M., Singer, L., Chaparro, C., Chow, C., Keshavjee, S., Brochard, L., Hébert, P., Slutsky, A., Marshall, J., Cook, D., & Herridge, M. (2016). One-Year Outcomes in Caregivers of Critically Ill Patients. *The New England journal of medicine*, 374(19). 1831–1841. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1511160>

- Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral activation and the maintenance of depression: The mediating role of avoidance and reward. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 221–227. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.005>
- Castoldi, R. C., de Ângelo, J. C., Pereira, T. T., Dias, R. M., & Negrão, F. J. (2023). Relationship between physical exercise and COVID-19 (SARS-CoV-2): systematic review. *Sport sciences for health*, 19(1). 55–67. <https://doi.org/10.1007/s11332-022-01028-6>
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., Dalexis, R. D., Goulet, M. A., & Labelle, P. R. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 295(2021). 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Chávez Sosa, J. V., Mego Gonzales, F. M., Aliaga Ramirez, Z. E., Cajachagua Castro, M., & Huancahuire-Vega, S. (2022). Depression Associated with Caregiver Quality of Life in Post-COVID-19 Patients in Two Regions of Peru. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(7), 1219. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071219>
- Chen, C., Wittenberg, E., Sullivan, S. S., Lorenz, R. A., & Chang, Y. P. (2021). The Experiences of Family Members of Ventilated COVID-19 Patients in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *The American journal of hospice & palliative care*, 38(7). 869–876. <https://doi.org/10.1177/10499091211006914>

- Chilamakuri, R., & Agarwal, S. (2021). COVID-19: Characteristics and Therapeutics. *Cells*, 10(2).
<https://doi.org/10.3390/cells10020206>
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (2023). *COVID-19 México*. <https://datos.covid-19.conacyt.mx>
- Contreras-Valdez, J.A., Hernández-Guzmán, L. & Freyre, M.A. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33 (3). 195-203
- Cooper, J. O., Heron, T. E. & Heward, W. L. (2017). *Análisis Aplicado de la Conducta*. ABA España
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England)*, 398 (10312). 1700–1712.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Cruz-Ausejo, L., Lonzoy, A. C., Villarreal-Zegarra, D., Mahony Reátegui-Rivera, C., Burgos, M., Castro, G., Vilela-Estrada, A. L., & Collantes, H. (2022). The impact of COVID-19 pandemic on the quality of life of healthcare workers and the associated factors: A systematic review. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 16. (2023).
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.11.003>
- Daniali, H., Martinussen, M., & Flaten, M. A. (2023). A global meta-analysis of depression, anxiety, and stress before and during COVID-19. *Health psychology: official journal of the*

- Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 42(2). 124–138.
<https://doi.org/10.1037/hea0001259>
- Davidson, J. E., Jones, C., & Bienvenu, O. J. (2012). Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Critical care medicine*, 40(2). 618–624.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>
- Dobson, K. S. (Ed.). (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies (3rd ed.)*. Guilford Press.
- Durón-Figueroa, R., Cárdenas-López, G., Castro-Calvo, J. & De la Rosa-Gómez, A. (2019). Adaptación de la lista checable de trastorno por estrés postraumático en población mexicana. *Acta de investigación psicológica*, 19 (1). 27-36
- England, A. E., Lietzau, S., Vu, J., Hebert, C., Banayan, D., Greenberg, J. A., & Gerhart, J. (2022). Piloting Group-Based Behavioral Activation Therapy for Families of Deceased COVID-19 Patients. *Critical care explorations*, 4(12). 1-11.
<https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000803>
- Escobar-Pérez, J. & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6. 27-36.
- Etherton, J. L., & Farley, R. (2022). Behavioral activation for PTSD: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(5), 894–901.
<https://doi.org/10.1037/tra0000566>
- Fan, Y., Shi, Y., Zhang, J., Sun, D., Wang, X., Fu, G., Mo, D., Wen, J., Xiao, X., & Kong, L. (2021). The effects of narrative exposure therapy on COVID-19 patients with post-

- traumatic stress symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 293. 141–147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.019>
- Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de psicólogos de México, A.C. (2018). Código de Ética de las y los Psicólogos Mexicanos (1a ed.). <https://fenapsime.org/wp-content/uploads/2020/04/codet.pdf>
- Froxán-Parga, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana concepto, metodología y aplicaciones*. Pirámide
- Fumincelli, L., Mazzo, A., Martins, J., & Mendes, I. (2019). Quality of life and ethics: A concept analysis. *Nursing ethics*, 26(1). 61–70. <https://doi.org/10.1177/0969733016689815>
- García-Laguna, D.G., García-Salamanca, G.P., Tapiero-Paipa, Y.T. & Ramos, D.M. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la promoción de la salud*, 17 (2). 182-19
- Gawlytta, R., Kesselmeier, M., Scherag, A., Niemeyer, H., Böttche, M., Knaevelsrud, C., & Rosendahl, J. (2022). Internet-based cognitive-behavioural writing therapy for reducing post-traumatic stress after severe sepsis in patients and their spouses (REPAIR): results of a randomised-controlled trial. *BMJ open*, 12(3), e050305. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050305>
- Giménez-Esparza Vich, C., Oliver-Hurtado, B., Relucio-Martinez, M. A., Sánchez-Pino, S., Portillo-Requena, C., Simón-Simón, J. D., Pérez-Gómez, I. M., Andrade-Rodado, F. M.,

- Laghzaoui-Harbouli, F., Sotos-Solano, F. J., Montenegro-Moure, C. A., & Carrillo-Alcaraz, A. (2024). Postintensive care syndrome in patients and family members: Analysis of COVID-19 and non-COVID-19 cohorts, with face-to-face follow-up at three months and one year. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 48(8), 445–456. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2024.04.004>
- Gobierno de Hidalgo (2023). *Coronavirus*. <https://coronavirus.hidalgo.gob.mx>
- Golics, C. J., Basra, M. K., Salek, M. S., & Finlay, A. Y. (2013). The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *International journal of general medicine*, 6, 787–798. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S45156>
- González-Rivera, J. A., Rosario-Rodríguez, A. & Cruz-Santos, A. (2020). Escala de ansiedad por Coronavirus: un nuevo instrumento para medir síntomas de ansiedad asociados al COVID-19. *Interacciones. Revista de avances en psicología*, 6 (3). 1-8
- Håkansson, A., Cronhjort, M., Lidin-Darlington, P., Lilja, G., Nilsson, A., Schandl, A., & Friberg, H. (2022). Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (CBT-ACT) vs. Standard Care After Critical Illness Due to COVID-19: Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychiatry*, 13. 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.907215>

Halabchi, F., Selk-Ghaffari, M., Tazesh, B., & Mahdavian, B. (2022). The effect of exercise rehabilitation on COVID-19 outcomes: a systematic review of observational and intervention studies. *Sport sciences for health*, 18(4). 1201–1219. <https://doi.org/10.1007/s11332-022-00966-5>

Hayes, S. & Hoffman, S. (2018). *Hacia una terapia basada en procesos (TBP) Ciencia y competencias clínicas básicas de la terapia cognitivo conductual*. Sara Ediciones

Hartley, L., Davidson, J. E., Cox, C. E., Haines, K. J., McPeake, J., & Cuthbertson, B. H. (2026). Anxiety, depression and distress in family members of people who have experienced a critical care admission: A systematic review and Bayesian meta-analysis. *Journal of Intensive Care*, 14, Article 39. <https://doi.org/10.1186/s40560-025-00839-2>

Heesakkers, H., van der Hoeven, J. G., Corsten, S., Janssen, I., Ewalds, E., Burgers-Bonthuis, D., Rettig, T., Jacobs, C., van Santen, S., Slooter, A., van der Woude, M., Zegers, M., & van den Boogaard, M. (2022). Mental health symptoms in family members of COVID-19 ICU survivors 3 and 12 months after ICU admission: a multicentre prospective cohort study. *Intensive care medicine*, 48(3). 322–331. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06615-8>

Hohls, J. K., König, H. H., Quirke, E., & Hajek, A. (2021). Anxiety, Depression and Quality of Life-A Systematic Review of Evidence from Longitudinal Observational Studies.

International journal of environmental research and public health, 18(22). 1-26.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182212022>

Hothersall, D. (1997). *Historia de la psicología*. McGraw-Hill

Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., Kawai, Y., Kenmotsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K., & Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute medicine & surgery*, 6(3). 233–246. <https://doi.org/10.1002/ams2.415>

Jafari-Oori, M., Ebadi, A., Tayeb, S., Jafari, M., Dehi, M. & Ghasemi, F. (2022). Psychiatric distress in family caregivers of patient with COVID-19. *Archives of psychiatric nursing*, 37. 69-75

Johns, S. A., Stutz, P. V., Talib, T. L., Cohee, A. A., Beck-Coon, K. A., Brown, L. F., Wilhelm, L. R., Monahan, P. O., LaPradd, M. L., Champion, V. L., Miller, K. D., & Giesler, R. B. (2020). Acceptance and commitment therapy for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence: A 3-arm pilot randomized controlled trial. *Cancer*, 126(1). 211–218.
<https://doi.org/10.1002/cncr.32518>

Johnson, C. C., Suchyta, M. R., Darowski, E. S., Collar, E. M., Kiehl, A. L., Van, J., Jackson, J. C., & Hopkins, R. O. (2019). Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically Ill Intensive Care Unit Patients. A Systematic Review. *Annals of the American Thoracic Society*, 16(7). 894–909. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201808-540SR>

- Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Manual moderno
- Kho, M. E., Rewa, O. G., Boyd, J. G., Choong, K., Stewart, G. C. H., & Herridge, M. S. (2022). Outcomes of critically ill COVID-19 survivors and caregivers: a case study-centred narrative review. *Canadian journal of anaesthesia* 69(5). 630–643. <https://doi.org/10.1007/s12630-022-02194-4>
- Kryptos, A.-M., Effting, M., Kindt, M., & Beckers, T. (2015). Avoidance learning: A review of theoretical models and recent developments. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 9, Article 189. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2015.00189>
- LaBuzetta, J. N., Rosand, J., & Vranceanu, A. M. (2019). Review: Post-Intensive Care Syndrome: Unique Challenges in the Neurointensive Care Unit. *Neurocritical care*, 31(3). 534–545. <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00826-0>
- Lee, S. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: a brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death studies*, 44(7). 1-9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Lobo, M. A., Moeyaert, M., Cunha, A. B., & Babik, I. (2017). Single-case design, analysis, and quality assessment for intervention research. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 41(3), 187–197. <https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000187>
- López-Ortíz, A., Fernández-Flores, A., Silva-Becerril, D. I., Reyes-López, M. A., & Castro-Valles, A. (2022). Validación de la escala de ansiedad por coronavirus en población mexicana.

Lovik, A., González-Hijón, J., Hoffart, A., Fawns-Ritchie, C., Magnúsdóttir, I., Lu, L., ... & Fang, F. (2023). Elevated symptoms of depression and anxiety among family members and friends of critically ill COVID-19 patients-An observational study of five cohorts across four countries. *medRxiv*, 2023-02.

Li, Y., Scherer, N., Felix, L., & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 16(3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>

López-Sampalo, A., Bernal-López, M. R., & Gómez-Huelgas, R. (2022). Síndrome de COVID-19 persistente. Una revisión narrativa . *Revista clínica española*, 222(4). 241–250.
<https://doi.org/10.1016/j.rce.2021.10.003>

Mackay-Castro, C.R., León-Palacios, B.V. & Zambrano-Noboa, H.A. (2020). Efectos del COVID-19 en el mercado laboral. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 6(3). 264-281. DOI:
<http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i3.1378>

Malik, P., Patel, K., Pinto, C., Jaiswal, R., Tirupathi, R., Pillai, S., & Patel, U. (2022). Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL)-A systematic

- review and meta-analysis. *Journal of medical virology*, 94(1). 253–262.
<https://doi.org/10.1002/jmv.27309>
- Mann-Jiles, V., & Morris, D. L. (2009). Quality of life of adult patients with sickle cell disease. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(6). 340–349.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00416.x>
- Mansoor, T., Mansoor, S. & Zubair, O. (2020). Surviving COVID-19': Illness Narratives of Patients and Family Members in Pakistan. *Annals of Kingston Edward Medical University*, 26. 157-164
- Marconcin, P., Werneck, A. O., Peralta, M., Ihle, A., Gouveia, É. R., Ferrari, G., Sarmiento, H., & Marques, A. (2022). The association between physical activity and mental health during the first year of the COVID-19 pandemic: a systematic review. *BMC public health*, 22(1). 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12590-6>
- Mazzanti, M. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Revista Colombiana de Bioética* 6(1). 125-144
<https://doi.org/10.18270/rcb.v6i1.821>
- McDonnell, K. K., Gallerani, D. G., Newsome, B. R., Owens, O. L., Beer, J., Myren-Bennett, A. R., Regan, E., Hardin, J. W., & Webb, L. A. (2020). A Prospective Pilot Study Evaluating Feasibility and Preliminary Effects of Breathe Easier: A Mindfulness-based Intervention for Survivors of Lung Cancer and Their Family Members (Dyads). *Integrative cancer therapies*, 19. 1-14. <https://doi.org/10.1177/1534735420969829>

McIlroy, P. A., King, R. S., Garrouste-Orgeas, M., Tabah, A., & Ramanan, M. (2019). The Effect of ICU Diaries on Psychological Outcomes and Quality of Life of Survivors of Critical Illness and Their Relatives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine*, 47(2). 273–279. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003547>

MedlinePlus (s.f.) *Trastorno de estrés postraumático*.
<https://medlineplus.gov/spanish/posttraumaticstressdisorder.html>

MedlinePlus (s.f.) *Ansiedad*. <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html>

Mestres-Soler, O., Leyva-Moral, J. M., Aguayo-González, M., Zuriguel-Pérez, E., Rosales, M., & Gómez-Ibáñez, R. (2022). Autonomy and isolation experienced by patients and primary caregivers during COVID-19 hospitalization in Barcelona (Spain). *Nursing & health sciences*, 24(4). 853–861. <https://doi.org/10.1111/nhs.12986>

Mirhosseini, S., Heshmati Nabavi, F., Behnam Vashani, H., & Vaghee, S. (2022). Evaluating the effect of online psychoeducational support group on perceived stress in family caregivers of COVID-19 survivors. *Omega, Journal of Death and Dying*. 0(0). 1-16.
<https://doi.org/10.1177/00302228221126219>

- Mirzaei, A., Raesi, R., Saghari, S. & Raei, M. (2020). Evaluation of family Caregiver burden among COVID-19 patients. *The Open Public Health Journal*, 13. 808-814.
<http://dx.doi.org/10.2174/1874944502013010808>
- Morales-Calatayud, F. (2012). Psicología de la Salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2). 98-104. Doi: 10.5872/psiencia/4.2.71
- Morris, C. & Maisto, A. (2005). *Introducción a la Psicología*. Pearson Educación
- National Institute of Mental Health (2020). *¿Qué es el trastorno de estrés postraumático?*.
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico>
- Nia, M. N., Mohajer, S., Bagheri, N., & Sarbooz-Hoseinabadi, T. (2022). The effects of family-centered empowerment model on depression, anxiety, and stress of the family caregivers of patients with COVID-19: a randomized clinical trial. *BMC primary care*, 23(1). 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12875-022-01795-8>
- Nobari, H., Fashi, M., Eskandari, A., Villafaina, S., Murillo-Garcia, Á., & Pérez-Gómez, J. (2021). Effect of COVID-19 on Health-Related Quality of Life in Adolescents and Children: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(9). 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094563>
- Noriega Bravo, V., Pría Barros, M. D. C., Corral Martín, A., Álvarez Lauzarique, M. E., & Bonet Gorbea, M. (2021). La infección asintomática por el SARS-CoV-2: evidencias para un estudio poblacional en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46.

Nosaka, N., Noguchi, A., Takeuchi, T., & Wakabayashi, K. (2024). Long-term prevalence of PTSD symptom in family members of severe COVID-19 patients: a serial follow-up study extending to 18 months after ICU discharge. *Journal of intensive care*, 12(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s40560-024-00765-9>

Oblitas-Guadalupe, L.A. (2017). *Psicología de la Salud y Calidad de vida*. Cengage Learning

Ojeda, A., Calvo, A., Cuñat, T., Artigas, R. M., Comino-Trinidad, O., Aliaga, J., Arias, M., Ahuir, M., Ferrando, C., & Dürsteler, C. (2021). Rationale and study design of an early care, therapeutic education, and psychological intervention program for the management of post-intensive care syndrome and chronic pain after COVID-19 infection (PAIN-COVID): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 22(1). 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05463-7>

Onrust, M., Visser, A., van Veenendaal, N., Dieperink, W., Luttik, M. L., Derksen, M. G., van der Voort, P. H. J., & van der Meulen, I. C. (2022). Physical, social, mental and spiritual functioning of COVID-19 intensive care unit-survivors and their family members one year after intensive care unit-discharge: A prospective cohort study. *Intensive & critical care nursing*, 75. 1-10 <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103366>

Organización de las Naciones Unidas (2016). *Objetivos de desarrollo sostenible*. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.

Organización Mundial de la Salud (s.f.) *Coronavirus*. <https://www.who.int/es/health->

[topics/coronavirus#tab=tab_1](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)

Organización Mundial de la Salud (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud (2023). *Panel de control del coronavirus de la OMS (COVID-19)*. <https://covid19.who.int>

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Depresión*. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Pace, T. W. W., Dodds, S. E., Sikorskii, A., Badger, T. A., Segrin, C., Negi, L. T., Harrison, T., & Crane, T. E. (2019). Cognitively-Based Compassion Training versus cancer health education to improve health-related quality of life in survivors of solid tumor cancers and their informal caregivers: study protocol for a randomized controlled pilot trial. *Trials*, 20(1). 1-15. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3320-9>

Panzini, R. G., Mosqueiro, B. P., Zimpel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2017). Quality-of-life and spirituality. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 29(3). 263–282. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1285553>

Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis

- Perpiñá-Galvañ, J., Orts-Beneito, N., Fernández-Alcántara, M., García-Sanjuán, S., García-Caro, M. P., & Cabañero-Martínez, M. J. (2019). Level of Burden and Health-Related Quality of Life in Caregivers of Palliative Care Patients. *International journal of environmental research and public health*, 16 (23). <https://doi.org/10.3390/ijerph16234806>
- Petrinec, A., Wilk, C., Hughes, J. W., Zullo, M. D., Chen, Y. J., & Palmieri, P. A. (2021). Delivering Cognitive Behavioral Therapy for Post-Intensive Care Syndrome-Family via a Mobile Health App. *American journal of critical care* 30(6). 451–458. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021962>
- Picardi, A., Miniotti, M., Leombruni, P. & Gigantesco, A. (2021). A qualitative study regarding COVID-19 inpatient family caregivers need supportive care. *Clinical práctica and epidemiology in mental health*, 17. 161-169. <http://dx.doi.org/10.2174/1745017902117010161>
- Ponce, L., Muñíz, S., Masterrano, M. & Villacreces, G. (2020). Secuelas que enfrentan los pacientes que superan el COVID-19. *Recimundo*, 4 (3). 153-162. Doi: 10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020
- Prakash, J., Dangi, A., Chaterjee, K., Yadav, P., Srivastava, K. & Chauhan, V. (2021). Assessment of depression, anxiety an stress in COVID-19 infected individuals and their families.

Medical Journal Armed Forces India. 77 (2). 424-429.

<https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2021.06.013>

Rahimi, T., Dastyar, N. & Rafati, F. (2021). Experiences of family caregivers of patients with COVID-19. *BMC Primary Care*, 22 (137). 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01489-7>

Rahmati, F., & Khalili, R. (2022). Investigating the effectiveness of psychological interventions in response to stress, anxiety, and depression in coronavirus disease 2019 patients: A systematic review. *Journal of education and health promotion*, 11. 1-8. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_923_21

Rahmati, F., & Khalili, M. (2022). Psychological interventions in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 11, 203. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_8_22

Ramón y Cajal Agüeras, S. (2020). COVID-19 y patología: ¿qué sabemos? *ANALES RANM*, 137 (02), 133-139. <https://doi.org/10.32440/ar.2020.137.02.rev06>

Reitsma, L., Boelen, P. A., de Keijser, J., & Lenferink, L. I. M. (2021). Online treatment of persistent complex bereavement disorder, posttraumatic stress disorder, and depression symptoms in people who lost loved ones during the COVID-19 pandemic: study protocol for a randomized controlled trial and a controlled trial. *European journal of psychotraumatology*, 12(1). 1-10. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1987687>

Reitsma L., Boalen, P.A., Keijser, J. & Lenferink, L.I.M. (2023). Self-guided online treatment of disturbed grief, posttraumatic stress, and depression in adults bereaved during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 163. 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104286>

Reynolds, C., Richmond, B. O. & Lowe, P. A. (2007). *AMAS Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos*. México: Manual Moderno

Reynoso Erazo, L., & Becerra Gálvez, A. L. (Coords.). (2014). *Medicina conductual: Teoría y práctica* (1.^a ed.). Qartuppi, S. de R.L. de C.V.; Universidad Nacional Autónoma de México. <https://doi.org/10.29410/QTP.14.01>

Reynoso-Erazo, L. & Becerra-Gálvez, A.L. (2021). Cuidador Primario Informal (CPI): necesidades psicosociales y estrategias de atención psicológica. En A.L. Becerra-Gálvez & B. Ramos del Río (Eds.) *Medicina Conductual: Avances y Perspectivas* (pp. 208-223). Qartuppi.

Roberts, A., Rogers, J., Mason, R., Siriwardena, A., Hogue, T., Witley, G. & Law, G. (2021). Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 229. 1-35

Robinson-Lane, S. G., Leggett, A. N., Johnson, F. U., Leonard, N., Carmichael, A. G., Oxford, G., Miah, T., Wright, J. J., Blok, A. C., Iwashyna, T. J., & Gonzalez, R. (2022). Caregiving in

- the COVID-19 pandemic: Family adaptations following an intensive care unit hospitalisation. *Journal of clinical nursing*, 00. 1-12 <https://doi.org/10.1111/jocn.16560>
- Rodríguez-Marín, J. (2002). Historia de la psicología de la salud. *Revista de Historia de la Psicología*, 23 (3). 185-221
- Rodríguez, R., López, J. M., Munguia, C., Hernández, J. L., & Martínez, M. (2003). Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. *Rev Med IMSS*, 41(3). 211-220.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer
- Rw, R., y Nan, X. (2025). Efectos de las intervenciones de salud mental electrónica de COVID-19: Una revisión sistemática de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Intervenciones en Internet*, 39, 100802. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2025.100802>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Salem, H., Johansen, C., Schmiegelow, K., Winther, J. F., Wehner, P. S., Hasle, H., Rosthøj, S., Kazak, A. E., & E Bidstrup, P. (2017). FAMily-Oriented Support (FAMOS): development

- and feasibility of a psychosocial intervention for families of childhood cancer survivors. *Acta oncologica* 56(2), 367–374. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1269194>
- Salem, H., Kazak, A. E., Andersen, E. W., Belmonte, F., Johansen, C., Schmiegelow, K., Winther, J. F., Wehner, P. S., Hasle, H., Rosthøj, S., & Bidstrup, P. E. (2021). Home-based cognitive behavioural therapy for families of young children with cancer (FAMOS): A nationwide randomised controlled trial. *Pediatric Blood & Cancer*, 68(3), e28853. <https://doi.org/10.1002/pbc.28853>
- Sánchez-Aragón, R., García-Meraz, M. & Martínez-Trujillo, B. D. (2017). Encuesta de salud sf-36. Validación en tres contextos culturales de México. *Revista iberoamericana de Diagnostico y Evaluación*, 45 (3). 5-16
- Sep, M. S. C., Geuze, E., & Joëls, M. (2023). Impaired learning, memory, and extinction in posttraumatic stress disorder: Translational meta-analysis of clinical and preclinical studies. *Translational Psychiatry*, 13(1), Article 376. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02660-7>
- Schou, T. M., Joca, S., Wegener, G., & Bay-Richter, C. (2021). Psychiatric and neuropsychiatric sequelae of COVID-19 - A systematic review. *Brain, behavior, and immunity*, 97, 328–348. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.07.018>
- Sekowski, M., Gambin, M., Hansen, K., Holas, P., Hyniewska, S., Wyszomirska, J., Pluta, A., Sobańska, M., & Łojek, E. (2021). Risk of Developing Post-traumatic Stress Disorder in Severe COVID-19 Survivors, Their Families and Frontline Healthcare Workers: What

- Should Mental Health Specialists Prepare For?. *Frontiers in psychiatry*, 12, 1-5.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.562899>
- Sethi, Y., Kaiwan, O., Bassiony, M., Vora, V., Agarwal, P., Gajwani, N., Garg, K., Sai, B. S., Prakash, A., Gohel, S., & Roy, D. (2022). Psychological Assessment of Family Caregivers of Patients With COVID-19 in the United States of America and India. *Cureus*, 14(9), 1-10. <https://doi.org/10.7759/cureus.29267>
- Shah, R., Ali, F. M., Nixon, S. J., Ingram, J. R., Salek, S. M., & Finlay, A. Y. (2021). Measuring the impact of COVID-19 on the quality of life of the survivors, partners and family members: a cross-sectional international online survey. *BMJ open*, 11(5).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047680>
- Shahidi, S., Zargar, F., Aghaee Khajelangi, H., & Tarrahi, M. J. (2023). The effect of Internet-delivered mindfulness stress reduction combined with acceptance and commitment therapy on health anxiety and quality of life of caregiver of patients infected by COVID-19: A randomized clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 11(2), 110–121. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2023.97271.2172>
- Sheikhbardsiri, H., Tavan, A., Afshar, P. J., Salahi, S., & Heidari-Jamebozorgi, M. (2022). Investigating the burden of disease dimensions (time-dependent, developmental, physical, social and emotional) among family caregivers with COVID-19 patients in Iran. *BMC primary care*, 23(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01772-1>

Shirasaki, K., Hifumi, T., Isokawa, S., Hashiuchi, S., Tanaka, S., Yanagisawa, Y., Takahashi, O., & Otani, N. (2022). Postintensive Care Syndrome-Family Associated With COVID-19 Infection. *Critical care explorations*, 4 (7), 1-8.
<https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000725>

Si, M. Y., Xiao, W. J., Pan, C., Wang, H., Huang, Y. M., Lian, J., Mak, W. W. S., Leng, Z. W., Su, X. Y., Tang, Q. P., Jiang, Y., Feng, L. Z., Yang, W. Z., & Wang, C. (2021). Mindfulness-based online intervention on mental health and quality of life among COVID-19 patients in China: an intervention design. *Infectious diseases of poverty*, 10(69). 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s40249-021-00836-1>

Soriano-Moreno, A. N., Flores, E. C., Hartinger, S. M., Mallma, C. Y., Diaz, A. A., Gianella, G. E., Galvez-Buccollini, J. A., Coico-Lama, A. H., Malaga, G., Fajardo, E., Paredes-Angeles, R., Otazú-Alfaro, S., Lescano, A. G., Checkley, W., & WAYRA Trial Investigators (2022). Home-Based Respiratory Physiotherapy and Telephone-Based Psychological Support for COVID-19 Survivors in Peru: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols*, 11(10). 1-23. <https://doi.org/10.2196/36001>

Soriano-Moreno, A.N., Coico-Lama, A.H., Flores, E.C., Gálvez-Buccollini, J., Gianella, G., Hartinger, S., Lescano, A.G., & Checkley, W. (2022). Effects of Home-Based psychological support on pulmonary and mental health outcomes in Peru: A feasibility

randomized controlled trial. *ATS Journals*. https://doi.org/10.1164/ajrccm-conference.2022.205.1_MeetingAbstracts.A1029

Tarazona-Fernández, A., Rauch-Sánchez, E., Herrera-Alania, O. & Galán-Rodas, E. (2020). ¿Enfermedad prolongada o secuela poscovid-19? *Acta médica peruana*, 37 (4), 565-567.
DOI: <https://doi.org/10.35663/amp2020.374.18669>

Urzúa, A., Vera-Villarroel, P., Caqueo-Úrizar, A. & Polanco-Carrasco, R. (2020). La psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38 (1). 103-118

Urzúa, A. & Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30 (1). 61-71

van Veenendaal, N., van der Meulen, I. C., Onrust, M., Paans, W., Dieperink, W., & van der Voort, P. (2021). Six-Month Outcomes in COVID-19 ICU Patients and Their Family Members: A Prospective Cohort Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(7), 1-15.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9070865>

Vargas-Salinas, A.N. & Coria-Libenson, K. (2017). *Estrés postraumático tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso*. Manual moderno.

- Veramendi, N.G., Portocarero, E. & Espinoza, F.E. (2020). Estilos de vida y calidad de vida en estudiantes universitarios en tiempo de COVID-19. *Universidad y sociedad. Revista científica de la universidad de Cienfuegos*, 12 (6). 246-251.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19. 135-150
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Vlake, J. H., van Bommel, J., Wils, E. J., Korevaar, T., Hellemons, M. E., Klijn, E., Schut, A. F., Labout, J. A., Van Bavel, M. P., van Mol, M. M., Gommers, D., & van Genderen, M. E. (2021). Virtual reality for relatives of ICU patients to improve psychological sequelae: study protocol for a multicentre, randomised controlled trial. *BMJ open*, 11(9), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049704>
- Vranceanu, A. M., Bannon, S., Mace, R., Lester, E., Meyers, E., Gates, M., Popok, P., Lin, A., Salgueiro, D., Tehan, T., Macklin, E., & Rosand, J. (2020). Feasibility and Efficacy of a Resiliency Intervention for the Prevention of Chronic Emotional Distress Among Survivor-Caregiver Dyads Admitted to the Neuroscience Intensive Care Unit: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 3(10). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.20807>

- Wagner, A. W., Jakupcak, M., Kowalski, H. M., Bittinger, J. N., & Golshan, S. (2019). Behavioral activation as a treatment for posttraumatic stress disorder among returning veterans: A randomized trial. *Psychiatric Services*, 70(10), 867–873. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800572>
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30 (6), 473-483.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). *The PTSD checklist: Reliability, Validity and diagnostic utility*. Paper presented at the annual meeting of the international society for traumatic stress studies, San Antonio, TX.
- Wiblishauser, M., Chapa, T., Ellis, K., & Khubchdandani, J. (2023). The extent and impact of COVID-19 infection among family and friends: A scoping review [Preprint]. Preprints.org. <https://doi.org/10.20944/preprints202305.1943.v1>
- Wilson, D.M. & Ciliska, D. (1984). Life-style assessment: development and use of the FANTASTIC checklist. *Can Fam Physician*, 30. 1527-1532
- World Health Organization. (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Organización Mundial de la Salud.
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 281, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>

Zhai, S., Chu, F., Tan, M., Chi, N. C., Ward, T., & Yuwen, W. (2023). Digital health interventions to support family caregivers: An updated systematic review. *Digital health*, 9, 20552076231171967. <https://doi.org/10.1177/20552076231171967>

Zhao, Y. J., Zhang, S. F., Li, W., Zhang, L., Cheung, T., Tang, Y. L., Ng, C. H., Yang, B. X., & Xiang, Y. T. (2021). Mental health status and quality of life in close contacts of COVID-19 patients in the post-COVID-19 era: a comparative study. *Translational psychiatry*, 11(1), 505. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01623-0>

ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario de Salud SF-36



Sección 1 de 5

Cuestionario de Salud SF-36

INSTRUCCIONES: Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras, pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta y seleccione la respuesta que mejor lo (la) describa.

MARQUE SOLO UNA RESPUESTA

1. En general usted diría que su salud es: *

☐ Excelente

☐ Muy buena

☐ Buena

☐ Regular

☐ Mala

ANEXO 2. Cuestionario Fantástico



Cuestionario FANTÁSTICO

INSTRUCCIONES:

Contesta este cuestionario, recordando cómo ha sido tu vida **este último mes**.

1. Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí: *

☐ Casi siempre

☐ A veces

☐ Casi nunca

2. Yo doy y recibo cariño *

☐ Casi siempre

☐ A veces

☐ Casi nunca

ANEXO 3. Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-A)



AMAS-A

INSTRUCCIONES:
Para cada oración, seleccione su respuesta

1. Me preocupa hacer lo correcto *

☐ Sí

☐ No

2. Es frecuente que me sienta inquieto (a) *

☐ Sí

☐ No

3. Es frecuente que me preocupe por lo que podría pasarle a mi familia *

ANEXO 4. Cuestionario de Ansiedad por Coronavirus (CAS)

CAS SECCIÓN 1

Cuando comenzó la pandemia por COVID-19 ¿Con qué frecuencia experimentaste las siguientes molestias?

1.- Me sentí mareado, aturdido o débil, cuando leía o escuchaba noticias sobre el coronavirus. *

☐ Ninguna

☐ Menos de un día o dos

☐ Varios días

☐ Más de 7 días

☐ Casi todos los días

2. Tuve problemas para quedarme o permanecer dormido porque estaba pensando en el coronavirus *

☐ Ninguna

☐ Menos de un día o dos

☐ Varios días

☐ Más de 7 días

☐ Casi todos los días

3.- Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus. *

☐ Ninguna

ANEXO 5. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)



BDI-II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor lee con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

ra244422@uaeh.edu.mx [Cambiar de cuenta](#)

No compartido

[Siguinte](#) [Página 1 de 2](#) [Borrar formulario](#)

Este formulario se creó fuera de tu dominio. [Notificar uso inadecuado](#) · [Términos del Servicio](#) · [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

ANEXO 6. Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático (PCL-5)



PCL-5

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de problemas que algunas personas experimentan después de algún acontecimiento estresante o amenazante.

Por favor lea cada una de ellas y **seleccione** la opción que mejor describa qué tanto le ha molestado dicha situación en el último mes.

1. Recuerdos no deseados, repetidos y perturbadores relacionados a la experiencia estresante *

☐ No en absoluto

☐ Un poco

☐ Moderadamente

☐ Mucho

☐ Extremadamente

2. Sueños perturbadores y repetidos relacionados a la experiencia estresante *

ANEXO 7. Cuestionario de Jueces Expertos

Sección 1 de 6

Cuestionario de Evaluación por Jueces Expertos

Estimado (a) Experto (a) es un gusto estar en contacto con usted. Debido a sus conocimientos y trayectoria en el área de Psicología, especialmente en el uso de estrategias Cognitivo-Conductuales, se le ha elegido para formar parte del Comité de Validación por Jueces de la *"Intervención cognitivo-conductual-contextual para promover la calidad y estilo de vida de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19"*. Los datos que usted brinde serán totalmente confidenciales y se usarán sólo con fines de investigación.

Agradecemos su valioso tiempo.

ATENTAMENTE
Jared Ramos García
Dra. Norma Angélica Ortega Andrade

Correo electrónico *

Texto de respuesta corta

Acepto participar como Juez Experto para la validación de la *"Intervención cognitivo-conductual-contextual para promover la calidad y estilo de vida de los cuidadores primarios de pacientes sobrevivientes de COVID-19"* *

☐ Sí
☐ No

ANEXO 8.

**Tabla de actividades de la activación conductual.
Monitorización de actividades y emociones**

Instrucciones: anota tu actividad en cada hora del día (qué estabas haciendo, con quién, dónde, etcétera). Anota una emoción asociada a cada actividad (por ejemplo, triste, contento, asustado, enfadado, avergonzado, disgustado, sorprendido). Valora la intensidad de tu emoción entre 1 y 10, donde «1» = «nada intenso» y «10» = «muy intenso».

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
5:00 – 7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00 – 5:00							

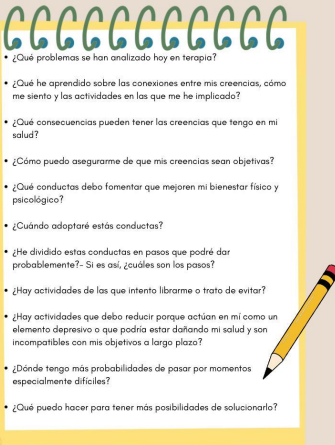
ANEXO 10. Bloc de notas

BLOC DE NOTAS

A continuación encontrará el bloc de notas y en donde anotará los puntos que haya considerado más importantes de esta séptima sesión.

Esta hoja puede ser utilizada durante el programa o a modo de autoayuda para seguir avanzando cuando el programa haya terminado.

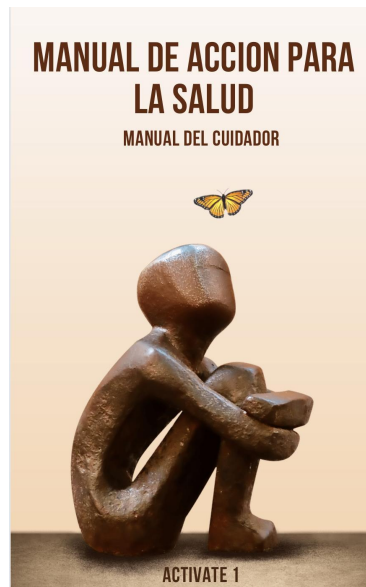
Fecha de la sesión: _____



- ¿Qué problemas se han analizado hoy en terapia?
- ¿Qué he aprendido sobre las conexiones entre mis creencias, cómo me siento y las actividades en las que me he implicado?
- ¿Qué consecuencias pueden tener las creencias que tengo en mi salud?
- ¿Cómo puedo asegurarme de que mis creencias sean objetivas?
- ¿Qué conductas debo fomentar que mejoren mi bienestar físico y psicológico?
- ¿Cuándo adoptaré estas conductas?
- ¿He dividido estas conductas en pasos que podré dar probablemente? Si es así, ¿cuáles son los pasos?
- ¿Hay actividades de las que intento librarme o trato de evitar?
- ¿Hay actividades que debo reducir porque actúan en mí como un elemento depresivo o que podría estar dañando mi salud y son incompatibles con mis objetivos a largo plazo?
- ¿Dónde tengo más probabilidades de pasar por momentos especialmente difíciles?
- ¿Qué puedo hacer para tener más posibilidades de solucionarlo?

12

ANEXO 11.



ANEXO 12. Diapositivas PowerPoint



ANEXO 13.

Tabla de actividades de la activación conductual

Instrucciones: anota en cada una de las filas las actividades concretas que el facilitador y tú acordaste qué harías esta semana, y anota la hora en que las realizarás . No necesitas usar todas las filas, o puedes añadir más, dependiendo de las actividades específicas que planeas para esta semana. El la última fila anota una valoración del estado anímico de cada día; el estado ánimo se valora entre 1 y 10, donde 1=estado de ánimo pésimo y 10= Muy buen estado de ánimo.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Actividad 1:							
Actividad 2:							
Actividad 3:							
Actividad 4:							
Valoración diaria del estado anímico							

ANEXO 14.

Cuestionario de valores de vida

Componente Vital	Nada importante				Moderadamente importante				Muy importante			
Familia (Distinta de relaciones románticas)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Relaciones románticas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Amigos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Educación y formación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Entretenimiento y diversión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Espiritualidad y religión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ciudadanía y vida comunitaria	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Autocuidado (ejercicio, alimentación, relajación, etc)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ANEXO 16. Plan después de la intervención



SECCIÓN DE MATERIALES

Instrucciones: Responde las siguientes preguntas que pueden ayudarte a elaborar un plan de gestión del estado anímico y de los sentimientos con el fin de seguir implicado después de terminar el programa.

¿Qué contextos incrementan mi vulnerabilidad a tener un estado de ánimo bajo?

¿Qué conductas contribuyen a mantener un estado de ánimo bajo?

¿Qué comportamientos saludables necesito mantener o potenciar?

¿Qué puedo hacer para aumentar la probabilidad de continuar con mis comportamientos saludables?

Menciona en qué otras situaciones de tu vida podrás hacer uso de las herramientas aprendidas en el programa
