



FACULTAD DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Estudio de Caso del Impacto de la Fatiga por Compasión en la Salud Física y Mental de una
Mujer de 60 Años en Quito con Diagnóstico de Otros Trastornos de la Ingestión de Alimentos.

Investigación realizada desde la Teoría Cognitivo-Conductual.

ELABORADO POR:

TUTILLO CONDOR KARLA DANIELA

DOCENTE:

Msc. Natalia Vizcaíno U.

4 de Agosto del 2024

QUITO

Resumen

Este proyecto de investigación se centra en analizar el impacto de la fatiga por compasión en la salud física y mental de una mujer de 60 años de la ciudad de Quito. Para este texto se utilizó el enfoque cognitivo-conductual, para identificar los patrones cognitivos y conductuales que influyen en el desarrollo y mantenimiento de la fatiga por compasión, así como los síntomas físicos y mentales asociados. Los resultados esperados de la intervención psicoterapéutica buscan que la paciente logre reducir sus síntomas de ansiedad y estrés y mejorar su calidad de vida, a través del autocuidado y el establecimiento de límites saludables.

Palabras clave: la fatiga por compasión, ansiedad, estrés, cuidadores, terapia cognitivo-conductual.

Introducción

Esta investigación tiene como objetivo analizar el impacto de la fatiga por compasión en la salud física y mental de una mujer de 60 años con Diagnóstico de Otros Trastornos de la Ingestión de Alimentos, utilizando un enfoque basado en la teoría cognitivo-conductual (TCC). Se centrará en explorar cómo la fatiga por compasión afecta su bienestar general, incluyendo síntomas físicos, emocionales y psicológicos. Además, se pretende identificar los patrones cognitivos y conductuales que contribuyen a la fatiga por compasión con el objetivo de desarrollar estrategias de intervención basadas en la TCC para mitigar sus efectos negativos.

Rothschild (2009) define a la empatía como la capacidad de entender, ser conscientes de, sentir y experimentar los sentimientos, pensamientos y experiencia de otra persona ya sea del pasado o del presente, aunque no hayan sido expresando directamente. Por otro lado, para Cólica (2010) el estrés es la reacción natural del cuerpo que aparece de manera instantánea y autónoma al enfrentar un hecho, contingencia o exigencia nueva, desconocida o percibida como potencialmente peligrosa para la integridad física o emocional.

En 1995 Figley acuñó el término *Compassion Fatigue* traducido como fatiga por compasión y lo define como “Desgaste por Empatía, pues Compassion en inglés significa: sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas” (pág. 3). En años posteriores se seguirá desarrollando el termino hasta asociarlo no sólo con terapeutas también con toda persona que tiene un trabajo que implica ayudar a otros y que se encuentra en contacto continuo con situaciones traumatizantes y emocionalmente desgastantes. Acinas (2012) menciona que las

causas de la fatiga por compasión pueden ser organizacionales o emocionales. Moreno Jiménez, y otros (2004) plantean que para responder a la pregunta: ¿quién cuida a los cuidadores? resulta necesario la interacción de factores como la historia personal del cuidador, sus habilidades emocionales, sus características de personalidad, los factores ambientales que le rodean.

Los factores que influyen en el desarrollo de la fatiga por compasión incluyen la funcionalidad familiar, el nivel económico, social, educativo del cuidador, el tipo de cuidado, parentesco con el paciente, remuneración, tiempo dedicado al cuidado, edad del paciente y tipo de discapacidad.

Frente al perfil de un cuidador de personas dependientes se pueden identificar diversos factores de riesgo, García Cueto & García Martínez (2017) definen “El perfil habitual del cuidador familiar es el de una mujer, de mediana edad, con parentesco con la persona que cuida, sin trabajo remunerado fuera del hogar y con un nivel bajo de estudios.” (pág. 41). Agregan que “Ejercer el rol de cuidador provoca consecuencias negativas a nivel físico, psíquico, emocional, social y económico” (pág. 41), todo esto acentúa el efecto negativo para el bienestar del cuidador.

Por otro lado, se recogen factores protectores de las personas que están en contacto continuo con personas que requieren asistencia estos empiezan por el apoyo social que puede estar conformada por familiares, amigos, colegas, grupos de apoyo que proporcionan respaldo. Además, en el país existe el Bono Joaquín Gallegos Lara, destinado a “personas con discapacidad física, intelectual y psicosocial (mental y psicológica) grave, muy grave y completa; personas con enfermedades catastróficas, raras y huérfanas; y niñas, niños y adolescentes menores de 18 años viviendo con VIH-SIDA en situación de pobreza y extrema pobreza” (Ministerio de Inclusión

Económica y Social , 2023) lo cual podría servir como un apoyo económico para las personas que cuidan de un familiar con alguna discapacidad o enfermedad.

Históricamente, el trabajo de cuidados ha recaído mayoritariamente en las mujeres, a menudo sin recibir ninguna remuneración. Según las últimas Encuestas del Uso del Tiempo desarrolladas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), las mujeres ecuatorianas destinan 31 horas semanales de trabajo a las labores del hogar, en comparación a las 11,3 horas que dedican los hombres. (ONU MUJERES ECUADOR; CEDEAL, 2023)

Para contextualizar la problemática de salud mental en cuidadores en Ecuador, se toma como referencia los resultados de investigaciones realizadas con anterioridad. En la investigación realizada por Izaguirre-Bordelois, Adum-Lípari, & German-Cordero (2021) en el año 2019 en Manabí con los cuidadores familiares de personas con discapacidad se destacó un predominio de las mujeres como cuidadoras. El predominio femenino entre los cuidadores concuerda con lo planteado por Peñafiel Martínez (2012) quien señala que las mujeres son más propensas a asumir el cuidado de un familiar, incluso cuando cuentan con un empleo formal, representando hasta el 40 %.

La mayoría de los estudios sobre fatiga por compasión se enfocan en trabajadores de la salud, sin embargo, se ha logrado recopilar resultados de investigaciones relacionadas con el cuidado de personas con enfermedades crónicas o terminales, en Ecuador. Así tenemos el estudio realizado por Izaguirre, Adum, & German (2021) quienes concluyeron que entre 150 cuidadores el 80,6% son mujeres y que su nivel de agotamiento emocional aumenta acorde al grado de discapacidad del paciente.

Por otra parte, Ayauca (2022) consideró a 150 cuidadores familiares de personas con discapacidad severa de organizaciones sociales en Ecuador, obtuvo que las mujeres son quienes más se encargan del cuidado con 73,3% de la muestra. El 89,3% tiene una sobrecarga leve o moderada, el 10,7% sobrecarga intensa y ningún cuidador de la muestra tiene sobrecarga ausente. Del total del sexo femenino, el 64% tiene sobrecarga leve o moderada; y el sexo masculino el 25,3%. Además, en cuanto a la calidad de vida el 46% tiene una calidad de vida baja, el 38,7% una calidad de vida media y un 15,3% calidad de vida alta (pág. 25).

El estudio realizado por Chamba & Ojeda (2017) en el cantón Chordeleg, provincia del Azuay, determinó que de un total de 123 cuidadores la mayoría fueron mujeres con el 73,17%; el 73.17% son casados; el 40.65% tienen estudios primarios incompletos y en la relación con el paciente el 47.15% fueron hijos. El 58.50% de la población del estudio presentó sobrecarga, asociándose a tener más de 5 años como cuidador.

Otros estudios realizados en Latinoamérica muestran resultados similares, en México Nieto & Martínez (2018) encontraron en una muestra de 50 cuidadores de adultos mayores con enfermedades cardiovasculares, que el 66.6% eran mujeres el 43.3% eran solteras y el 50% tenían hijos. El 43.3% presentó sobrecarga intensa. Además, concluyó que los pacientes sufren desatención, maltrato psicológico, económico y físico como resultado de la sobrecarga de sus cuidadores.

En un estudio realizado en Perú por Arias Gallegos, Cahuana Cuentas, Ceballos Canaza, & Caycho Rodríguez (2019), se tomó una muestra de 45 cuidadores, de los cuales el 91,4% eran

mujeres y el 8.8% eran hombres. Los resultados mostraron que un 97.6% de los cuidadores presentan agotamiento emocional moderado.

Un estudio realizado en Colombia acerca del nivel de sobrecarga en cuidadores informales de personas con discapacidad cognitiva, se encontró que en una muestra de 14 cuidadores, donde el 92 % eran mujeres, con una edad promedio de 55,92 años y bajos niveles socioeconómicos y educativos, muestran una afectación a nivel psicológico y espiritual lo cual se considera un factor de riesgo para desarrollar síndrome de sobrecarga del cuidador, y concluyen que tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y requerir de asistencia en su salud, aumentando así la carga de cuidado relacionada con la cronicidad (Rodríguez-Albañil & Quemba-Mesa, 2018, pág. 95).

Arias Gallegos, Cahuana Cuentas, Ceballos Canaza, & Caycho Rodríguez (2019) concluyen en su estudio que es promordial generar políticas de salud pública, que consideren el desgaste emocional y físico provocado por el cuidado de una persona como una enfermedad ocupacional, con el fin de que se puedan diseñar programas de prevención, atención temprana y capacitación de cuidadores tanto formales como informales (pág. 15). Comprender y atender a las personas encargadas de cuidar de paciente con enfermedades crónicas y terminales, ayuda a mejorar no solo el cuidado de estas personas también el entorno familiar y por tanto social.

García Cueto & García Martínez (2017) exponen las repercusiones sobre la salud y la calidad de vida del cuidador familiar, pues ejercer este rol afecta al cuidador, a la familia y a la sociedad. Mencionan consecuencias tanto positivas como negativas: a nivel físico como cansancio, alteraciones del sueño, fatiga, cefaléa, toman como positiva la mayor actividad de la

cuidadora; a nivel emocional, a manera de apatía y la empatía que llega a desarrollar; a nivel económico, el cuidador puede perder su trabajo remunerado o reducir su jornada laboral, como positivo sugieren la prestación económica de la persona dependiente y la herencia futura; a nivel de relaciones sociales, es positivo el reconocimiento familiar y social, es negativo el aislamiento social. (pág.37)

La importancia de estudiar la fatiga por compasión en cuidadores radica en su relevancia a nivel socioeconómico, demográfico, social y de salud. Según datos del Registro Nacional de Discapacidades del Ministerio de Salud Pública, a septiembre de 2023, existen 480.776 personas con discapacidad calificadas, lo que representa el 2,6% de la población del Ecuador.

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), se espera que para 2050 la población mundial de personas de 60 años o más se duplique, esto implica una mayor demanda de cuidados para personas mayores, muchas de las cuales padecen enfermedades crónicas o discapacidades. Por lo que, los cuidadores de estas personas enfrentarán mayores desafíos y exigencias, y están más expuestos a experimentar fatiga por compasión.

Es importante visibilizar el rol de los cuidadores de personas con enfermedades, pues dedicarse al cuidado constante de otra persona puede reducir significativamente el tiempo y la energía disponibles para mantener relaciones sociales y actividades recreativas, incrementando el estrés, lo que los pone en una posición vulnerable a experimentar agotamiento y fatiga por compasión. De acuerdo con ONU MUJERES ECUADOR y CEDEAL (2023) para lograr una mejora en el bienestar de los cuidadores de personas dependientes se necesitan “pactos, sociales y culturales, así como políticas y sistemas integrales de cuidado que consideren el tiempo, los



recursos, las prestaciones y servicios de calidad para las diversas comunidades, mujeres y familias en grandes ciudades, pero también en territorios rurales, en las comunidades de pueblos indígenas y afrodescendientes, o mujeres en condiciones migratorias diversas.”

Objetivo general

Analizar el impacto de la fatiga por compasión en la salud física y mental de una mujer de 60 años con Diagnóstico de Otros Trastornos de la Ingestión de Alimentos, utilizando un enfoque basado en la teoría cognitivo-conductual.

Objetivos específicos

Identificar patrones cognitivos y conductuales que influyen en el desarrollo de la fatiga por compasión.

Describir los síntomas físicos y mentales que experimenta la cuidadora.

Desarrollar una intervención basada en la teoría cognitivo-conductual para reducir la fatiga por compasión y mejorar la salud física y mental de la cuidadora.

Preguntas de investigación

¿Cómo influyen los patrones cognitivos y conductuales en el desarrollo y mantenimiento de la fatiga por compasión?

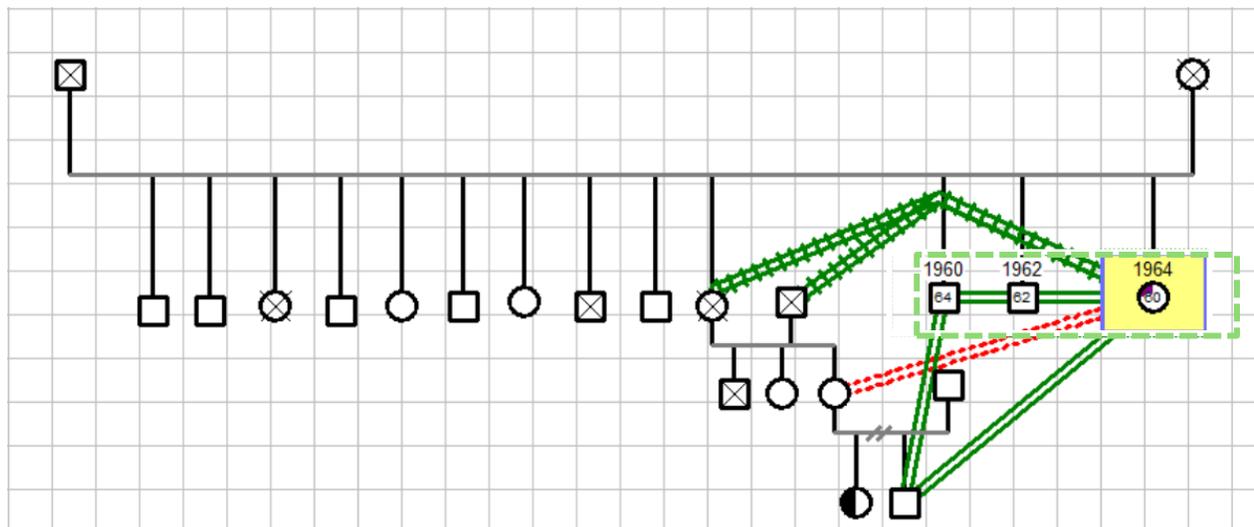
¿Cuáles son los síntomas físicos y mentales asociados con la fatiga por compasión en la cuidadora?

¿Qué estrategias basadas en la teoría cognitivo-conductual pueden ser efectivas para reducir la fatiga por compasión y mejorar la salud física y mental de la cuidadora?

Presentación del caso

Ana (seudónimo), una mujer de 60 años, la menor de 13 hermanos, que vive en Quito con dos de sus hermanos mayores. Es soltera, sin hijos, y se dedica al cuidado del hogar. Su principal red de apoyo son sus familiares, en especial sus hermanos, sobrinos y sobrinos nietos, siendo estos dos últimos a quienes a cuidado desde muy pequeños.

Desde los 19 años, Ana ha asumido el rol de cuidadora principal de varios familiares con enfermedades crónicas. Cuidó a su padre durante seis años, quien tenía cáncer de próstata, y a su madre hasta su fallecimiento. Dedicó 19 años al cuidado de su hermana con epilepsia, su sobrino con distrofia y su sobrina nieta con parálisis cerebral, hasta el fallecimiento de los dos primeros.



La responsabilidad prolongada y la carga emocional asociada contribuyeron a un deterioro gradual de su salud física y mental. La constante atención a sus familiares hizo que Ana descuidara su propia salud, llevando a una dieta poco saludable y falta de ejercicio, lo que exacerbó sus condiciones médicas. Comía cuando tenía un momento libre y siempre priorizaba la

alimentación de los demás; dormía poco cuando la enfermedad de su hermana y sobrino llegó a una etapa terminal pues estaba siempre pendiente de sus necesidades. Nunca desarrolló una vida social fuera de su familia. Estuvo al cuidado de sus sobrinos y sobrinos nietos cuando ellos eran bebés y niños con el fin de facilitar que los padres asistieran al trabajo. A lo largo de estos años, comenzaron a manifestarse síntomas de gastritis, neuritis, hipotiroidismo y diabetes, complicando aún más su salud.

Motivo de consulta

Ana acude a psicoterapia por problemas de salud física y mental derivados de su rol prolongado como cuidadora. Estos problemas incluyen episodios de ansiedad, una dieta poco saludable y condiciones médicas crónicas como resultado de años de estrés, responsabilidades de cuidado a personas dependientes y falta de autocuidado.

Queja

Ana experimenta episodios de ansiedad con pensamientos angustiantes que le provocan comer en exceso y malestar constante.

Demanda explícita

Ana busca que la psicoterapia la ayude a fortalecer su compromiso y adherencia a los procesos de nutrición que está siguiendo con su nutricionista, con el objetivo de mejorar su peso de manera saludable y sostenible, con la intención de evitar una cirugía bariátrica.

Demanda implícita

La demanda implícita está centrada en el establecimiento de límites saludables y claros en su vida, para evitar el agotamiento emocional y físico, además, del desarrollo de habilidades de afrontamiento efectivas para manejar el estrés y la ansiedad sin recurrir a la comida como mecanismo de defensa.

Se obtuvo el consentimiento informado de Ana para participar en el estudio y para la publicación del caso.

Formulación del caso

El origen del problema proviene del rol de cuidadora que Ana asumió durante toda su adultez. Desde los 19 años se dedicó a atender a hermanos, sobrinos y sobrino nietos, todos con enfermedades crónicas; hasta el año 2019 cuando falleció su hermana. Ana llega por la derivación del hospital prestador de servicio de su seguro médico, tras una evaluación donde le diagnostican con Otros Trastornos de la Ingestión de Alimentos. Ana experimenta episodios de ansiedad y pensamientos angustiantes que la llevan a comer en exceso, especialmente en situaciones de estrés o preocupación por la salud de sus familiares. Presenta problemas digestivos, síntomas de gastritis, lo que incluye dolor estomacal, acidez y malestar general. Además, debido a su cuadro de salud presenta dolores neuropáticos, síntomas de hipotiroidismo, como fatiga, debilidad, aumento de peso.

Además del diagnóstico de remisión de Otros Trastornos de la Ingestión de Alimentos, se consideraron otros posibles diagnósticos que podrían explicar sus síntomas, incluyendo el Trastorno de ansiedad generalizada, dado el nivel de ansiedad y los pensamientos angustiantes persistentes, el Trastorno depresivo mayor debido a la presencia de fatiga, debilidad, y

pensamientos angustiantes; y el Trastorno de Estrés Postraumático, debido al prolongado rol de cuidadora y la exposición a la muerte de varios familiares cercanos.

Ana presenta varios factores de riesgo significativos, incluyendo un prolongado rol de cuidadora, condiciones médicas crónicas, y estrés y ansiedad persistentes. Sin embargo, también cuenta con importantes factores de protección que pueden contribuir positivamente a su recuperación, como una sólida red de apoyo familiar, su compromiso con el tratamiento médico y nutricional, y su participación activa en psicoterapia.

En la evaluación inicial, se utilizaron tres instrumentos para evaluar los niveles de ansiedad y estrés percibido de Ana. Según los resultados obtenidos, Ana presenta síntomas consistentes con ansiedad moderada. En el Cuestionario de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7), su puntuación fue de 12, indicando ansiedad moderada. Asimismo, en el Inventario de Ansiedad de Beck, Ana obtuvo una puntuación de 30, también correspondiente a ansiedad moderada. Además, en la Escala de Estrés Percibido (PSS-10), Ana puntuó 23, lo que sugiere que experimenta altos niveles de estrés en su vida diaria.

A pesar de que diagnóstico con el que es remitida fue Otros Trastornos de la Ingestión de Alimentos tras realizar una evaluación psicométrica, las entrevistas y observación clínica se puede llegar a la conclusión de que el diagnóstico más apegado a su sintomatología, y el que se toma en cuenta para realizar el plan de tratamiento, es el Trastorno de ansiedad generalizada. Este es consistente con la presencia de episodios de ansiedad que la llevan a comer en exceso, como respuesta a situaciones de estrés y preocupación. Así, las puntuaciones de las escalas de ansiedad y estrés sugieren un nivel moderado, y la entrevista clínica sugiere que la ingesta alimentaria está

relacionada con su estado emocional y sus responsabilidades pasadas como cuidadora, generándole un Trastorno de ansiedad.

Diagnostico diferencial

Se ha considerado un diagnóstico diferencial que incluye F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada, F32.1 Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado, y F43.1 Trastorno de Estrés Postraumático. A continuación, se describe el análisis diferencial:

F32.1 Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado: se caracteriza por un episodio de al menos dos semanas de duración con síntomas como estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o placer, cambios significativos en el apetito o el peso, insomnio o hipersomnias, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (APA, 2013). Aunque Ana presenta síntomas depresivos, estos no cumplen completamente con la intensidad y duración requeridas para un diagnóstico de episodio depresivo mayor. A través de la entrevista y observación clínica se interpreta que sus síntomas depresivos están más asociados con su ansiedad y estrés, dadas las puntuaciones de las escalas no se considera, sin embargo, se tomarán en cuenta los síntomas ansiosos, pensamientos angustiantes y el malestar físico. Ha mostrado una reducción significativa con la intervención terapéutica, indicando que no se ajusta al diagnóstico de un episodio depresivo mayor moderado.

F43.1 Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): se caracteriza por la exposición a un evento traumático seguido de síntomas como recuerdos intrusivos, evitación persistente de estímulos asociados con el trauma, alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo, y una hiperactivación marcada (APA, 2013). Aunque Ana ha experimentado eventos

estresantes y muestra signos de estrés considerable, no presenta los síntomas específicos de TEPT, tales como recuerdos intrusivos o evitación persistente. La intervención terapéutica ha mejorado sus síntomas de ansiedad y estrés sin evidenciar características específicas de TEPT, lo que sugiere que su experiencia no se alinea completamente con este diagnóstico.

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD): se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente, que es difícil de controlar y se acompaña de síntomas físicos de ansiedad. Los síntomas deben estar presentes la mayor parte de los días durante al menos seis meses y causar un deterioro significativo en la vida diaria del individuo (APA, 2013). Dado que sus síntomas han sido persistentes durante años y están alineados con los criterios diagnósticos del TAG, sin embargo, su ansiedad está más focalizada en situaciones específicas y no es persistente y generalizada a través de múltiples contextos. La reducción notable en sus puntuaciones de ansiedad tras la intervención sugiere que su ansiedad está más vinculada a situaciones específicas que a un patrón generalizado, descartando así el diagnóstico de GAD.

F50.8 Otros trastornos de la ingestión de alimentos: en el caso de Ana, los síntomas y preocupaciones principales son la ansiedad y el estrés, más que problemas específicos de la ingesta de alimentos. La información recaba del caso no sugiere que Ana tenga problemas significativos relacionados con la alimentación que cumplan con los criterios de este criterio. Mas bien podemos entender sus patrones de alimentación poco saludable están relacionados con la ansiedad y el estrés que experimenta. Los trastornos de ansiedad pueden manifestarse en diferentes áreas de la vida de una persona, incluyendo en los hábitos alimenticios, pero esto no siempre indica un trastorno alimentario específico.

Diagnóstico

F41.9 Trastorno de Ansiedad, No Especificado: en el caso de Ana hay síntomas de ansiedad que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento, pero no encajan en las categorías de trastornos de ansiedad específicos (APA, 2013). La ansiedad de Ana está más focalizada en situaciones específicas y no es persistente ni generalizada a través de múltiples contextos, los síntomas han estado presentes por varios años. Ana presentó síntomas moderados de ansiedad, que fueron significativamente reducidos tras las intervenciones, pero estos no encajan completamente en el patrón de un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) ni en otro trastorno de ansiedad específico.

Intervención psicoterapéutica

La intervención presentada en este proyecto se realizará a partir de la terapia cognitivo-conductual. Según Salazar (2017) esta terapia permite identificar los patrones de pensamiento disfuncionales creados por la aparición de un problema, y analizar los cambios que se producen en el comportamiento, dando respuestas a las inconsistencias; el alcance de este enfoque ha quedado demostrado por los procedimientos y mecanismos utilizados para resolver plenamente el problema planteado por los pacientes.

Los principales autores que han contribuido a la Teoría Cognitivo-Conductual son Aaron Beck, Albert Ellis y Joseph Wolpe. Beck fue el pionero en desarrollar la teoría de las distorsiones cognitivas y la reestructuración cognitiva; Albert Ellis, enfatizó la importancia de cambiar creencias irracionales; Joseph Wolpe, introdujo técnicas de modificación del comportamiento.

Los principios básicos de la Teoría Cognitivo-Conductual (TCC) se fundamentan en la premisa de que los pensamientos, emociones y comportamientos están interconectados, por lo tanto, la existencia de pensamientos automáticos negativos propiciaría la aparición de emociones negativas y comportamientos disfuncionales. Por consiguiente, el objetivo principal de la TCC es identificar y modificar los pensamientos distorsionados o negativos, nombrados distorsiones cognitivas por Beck.

Partiendo de estos principios se plantean hipótesis aplicadas al caso: Ana presenta patrones de pensamiento disfuncionales, como pensamiento catastrófico y sobregeneralización, que contribuyen a su ansiedad y hábitos alimentarios poco saludables. La falta de autocuidado de Ana ha exacerbado sus problemas de salud física y mental. La incapacidad de Ana para establecer límites claros y saludables en su vida ha contribuido a su agotamiento emocional y físico.

En primer lugar, se realiza psicoeducación con Ana respecto al enfoque psicoterapéutico, la relación entre el estrés crónico, la fatiga por compasión y los síntomas físicos y mentales, además se socializan las tareas que llevará y la importancia de la adherencia al tratamiento. Posteriormente, se plantean los objetivos en conjunto con la terapeuta, estos deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales.

Es esencial que Ana pueda identificar patrones pensamiento disfuncionales y comportamientos problemáticos que influyen en su malestar. Para ello, se le pide que lleve un Registro de Pensamientos Automáticos, durante la sesión se exploran eventos específicos que desencadenan estrés y ansiedad.

A través de las sesiones se trabaja con este registro con el objetivo de que Ana aprenda a reconocer distorsiones cognitivas, como el pensamiento catastrófico y la sobre generalización y reemplazar los pensamientos negativos con pensamientos más realistas y equilibrados. Al Registro de Pensamientos Automáticos se le añade la tarea a Ana de anotar, además de sus pensamientos y emociones durante eventos estresantes, una reevaluación racional de estos.

Se enseñan técnicas de relajación y respiración, como la respiración diafragmática para reducir la ansiedad inmediata, y se guía a Ana a través de la relajación muscular progresiva para aliviar la tensión física. Se introducen prácticas de mindfulness para ayudar a Ana a estar más presente y disminuir la rumiación. Se abordan las situaciones que Ana evita en su día a día pero que le producen malestar, se trabaja en la exposición gradual, la planificación y la resolución de problemas.

En el caso de Ana es esencial fomentar el autocuidado, esto implica establecer rutinas saludables de alimentación, sueño y actividad física, así como dedicar tiempo para actividades placenteras y de ocio que le brinden satisfacción y relajación. Además, es importante que aprenda a establecer límites saludables en su vida diaria, como aprender a decir "no" cuando se sienta abrumada por las demandas de los demás y buscar apoyo adicional cuando sea necesario.

Es fundamental implementar medidas de prevención y monitoreo continuo, tanto a lo largo del tratamiento como al finalizar.

Objetivos del tratamiento

- Reducir los síntomas de ansiedad y estrés. Ayudar a Ana a identificar y reestructurar sus pensamientos automáticos negativos.
- Mejorar los hábitos de autocuidado y establecer límites saludables.
- Fortalecer el compromiso con los planes de nutrición y ejercicio.
- Fortalecer su red de apoyo.

Diseño de intervenciones psicoterapéuticas

Se plantea que la intervención psicoterapéutica tenga una modalidad presencial, en sesiones de 60 minutos, una vez a la semana por 15 sesiones. Esta limitación de sesiones está dada porque el prestador de servicios de salud de la paciente la remite a psicología para asistir a 15 sesiones. Por lo tanto, el plan terapéutico se diseña dentro de este período. A continuación, se muestra de manera breve el plan terapéutico:

Sesión	Objetivo	Intervención
1	Establecer rapport y realizar psicoeducación	En la primera sesión se busca establecer una relación de confianza con Ana y realizar psicoeducación sobre la intervención (Beck, 2011).
2	Evaluación para confirmar diagnóstico y fomento del autocuidado	Establecimiento de rutinas saludables de alimentación, sueño y ejercicio (Ellis, 2003).
3- 4- 5-6	Identificación de distorsiones cognitivas Reestructuración cognitiva Introducción de técnicas de relajación	Psicoeducación sobre distorsiones cognitivas. Trabajo con el registro de pensamientos automáticos para identificar distorsiones (Beck, 2011). Técnicas para reemplazar pensamientos negativos con racionales (Beck, 2011). Enseñanza de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva (Wolpe, 1990).
7-8	Establecimiento de límites saludables	Entrenamiento en asertividad y establecimiento de límites (Grau, E. G., Escolano, A. F., Ruiz, J., Pros, M. A., & Fort, G. B. 2019).

9-10-11	Manejo de la ansiedad a través de la identificación de distorsiones cognitivas	Trabajo con el registro de pensamientos automáticos para identificar distorsiones (Beck, 2011). Identificación de desencadenantes emocionales y situacionales.
12-13	Prevención del agotamiento emocional y físico	Promoción de la participación en actividades sociales fuera de su grupo familiar (Muñoz, M. F. (2012)). Estrategias para prevenir el agotamiento (Figley, 1995).
14-15	Monitoreo y evaluación del progreso Consolidación y cierre	Evaluación del progreso, ajuste de estrategias, revisión de los logros y planificación a futuro (Beck, 2011).

A partir del plan presentado se han realizado 10 sesiones psicoterapéuticas.

Sesión 1: Establecer rapport y realizar psicoeducación

En la primera sesión, se buscó conocer y establecer una relación de confianza con Ana. Se realizó psicoeducación sobre lo que es ir al psicólogo, pues es su primera vez asistiendo y se solventan sus dudas. Además, se explica la conexión entre pensamientos, emociones y conductas. Se le pide a Ana que lleve un diario de pensamientos y emociones para empezar a tomar conciencia de sus patrones de pensamiento, se le proporciona un formato y Ana lleva la tarea de llenarlo cuando surjan pensamientos que le causen malestar.

Sesión 2: Evaluación para confirmar diagnóstico y fomento del autocuidado

Se utilizaron tres instrumentos para evaluar los niveles de ansiedad y estrés percibido de Ana: Cuestionario de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7), el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Estrés Percibido. Se trabajó en el establecimiento de rutinas saludables de alimentación, sueño y ejercicio. Ana crea un plan de autocuidado diario que debe seguir.

Sesión 3: Identificación de pensamientos automáticos negativos

En esta sesión, se introduce más a profundidad la conexión entre pensamientos, emociones y conductas, el concepto de fatiga por compasión y se explica el Registro de pensamientos automáticos. Se realiza con Ana un ejemplo de registro de sus pensamientos automáticos negativos, especialmente aquellos relacionados con su rol de cuidadora y sus preocupaciones. La tarea para casa es continuar registrando estos pensamientos durante la semana.

Sesión 4: Introducción de Técnicas de Relajación

Ana cumple con todas las tareas, se apega al plan de autocuidado y muestra un compromiso activo con el tratamiento. Desde hace muchos años Ana ha tenido dificultad para manejar situaciones que le producen estrés, tiende a llorar, aislarse de todos y tener pensamientos negativos respecto a sí misma. Se enseñan técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva para ayudarle. La tarea para casa es practicar la respiración diafragmática diariamente.

Sesión 5: Identificación de Distorsiones Cognitivas

Se efectúa psicoeducación sobre distorsiones cognitivas, utilizamos las vivencias recientes de Ana y el registro de pensamientos automáticos, para identificar las distorsiones cognitivas presentes en sus pensamientos. Realizamos una modificación a su registro de pensamientos para añadir las distorsiones. Se le pide que continúe con el registro y anote las distorsiones encontradas durante la semana.

Sesión 6: Reestructuración Cognitiva

Partiendo de lo registrado por Ana a lo largo de la semana, se enseñan técnicas de reestructuración cognitiva: la evaluación de la evidencia, la descatastrofización y la técnica del ¿Qué pasaría si...?, para cuestionar los pensamientos negativos con pensamientos más realistas y equilibrados. A lo largo de la sesión reevaluamos pensamientos negativos y registrar las nuevas evaluaciones. La paciente no lleva tarea porque se le dificulta la reestructuración y desea más guía de la terapeuta.

Sesión 7: Contención emocional

Los hermanos de Ana están atravesando problemas de salud, lo que le causa gran angustia y desencadena de nuevo síntomas ansiosos, se trabaja en contención emocional. Además, continuamos reconociendo pensamientos negativos o catastróficos y practicando las técnicas de reestructuración cognitiva. Su tarea es continuar reevaluando pensamientos negativos y registrándolos.

Sesión 8: Enseñanza de técnicas de manejo del estrés

En esta sesión, se introducen técnicas de resolución de problemas para ayudar a Ana a manejar las situaciones estresantes que está viviendo, además se practican las técnicas de relajación. Se inicia con la definición clara del problema, para ayudarle a desglosar sus preocupaciones en problemas concretos y manejables, facilitando así un abordaje más estructurado. Esto le ayuda a generar opciones de soluciones realizables y a elegir la solución que mejor se adapte a sus necesidades y circunstancias. La tarea es aplicar estas técnicas a situaciones específicas que le causan estrés.

Sesión 9: Establecimiento de límites saludables

Se realiza entrenamiento en asertividad y establecimiento de límites. Ana aprende a reconocer situaciones en las que necesita establecer límites y se le enseñan técnicas de comunicación asertiva para expresar sus necesidades y decir "no" de manera efectiva. Se utilizan juegos de roles para practicar estas habilidades en un entorno seguro y controlado. Su tarea es practicar decir "no" en situaciones cotidianas y registrar sus experiencias y sentimientos en su diario. Esto le permitirá reflexionar sobre su progreso y ajustar su enfoque según sea necesario.

Sesión 10: Aplicación de la segunda evaluación

Se realiza con el objetivo de verificar cómo han cambiado los síntomas o las dificultades desde la evaluación inicial. Nos permite entender si las intervenciones están funcionando y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

A la fecha esta es la última sesión que se tiene con Ana. Se prevé trabajar en la prevención del agotamiento emocional y físico y la consolidación de los aprendizajes.

Evaluación de resultados

Tras diez sesiones de psicoterapia individual basada en el enfoque cognitivo-conductual, Ana alcanzó una disminución significativa respecto a sus niveles de ansiedad y estrés. La psicoeducación y las técnicas aprendidas en el proceso han contribuido a la mejora de la salud mental y emocional de Ana. Tanto su relato como los instrumentos de evaluación aplicados muestran resultados satisfactorios.

Ana manifiesta que es capaz de aplicar estrategias para manejar situaciones conflictivas y comunicar de manera efectiva sus límites a su familia. Ana muestra una mayor conciencia de sus propias necesidades y una disposición a priorizar su bienestar.

Ana logra reconocer sus pensamientos automáticos negativos, identificando distorsiones cognitivas especialmente los pensamientos catastróficos de lo que podría pasar si ella no ayuda a algún familiar o que todos dependen de ella, y poco a poco los va reemplazando por pensamientos más realistas y equilibrados.

Ana logra identificar los desencadenantes emocionales y situacionales que la llevan a comer en exceso. Compartió los cambios positivos que ha experimentado como resultado de una mejor alimentación, describió una mejora en su energía y vitalidad. Explicó cómo tomar decisiones más saludables en su dieta ha tenido un impacto significativo tanto en su autoestima como en su salud física.

Ana llega a la conclusión que a sus 60 años y después de haber dedicado gran parte de su vida al cuidado de sus seres queridos merece darse tiempo a si misma y cuidar de su salud física y mental, este logro refleja su compromiso con el autocuidado. Logra gestionar el estrés, utilizando técnicas como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva para reducir la rumiación y mantener una perspectiva más calmada y centrada.

Tras los resultados de la segunda evaluación Ana habla del notable progreso y la transformación positiva que ha experimentado. Se siente muy bien consigo misma, tanto física como emocionalmente, y ha logrado alcanzar un mayor equilibrio y bienestar en su vida. En las sesiones restante se trabajará en consolidar estos cambios positivos, identificando estrategias para

mantener hábitos alimenticios saludables a largo plazo y continuar fortaleciendo su autoestima y bienestar general.

Evaluación inicial y en la décima sesión		
Instrumento de evaluación	Puntuación sesión 2	Puntuación sesión 10
Cuestionario de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7)	12 Ansiedad moderada	5 Ansiedad leve
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	30 Ansiedad moderada	17 Ansiedad baja
Escala de Estrés Percibido	30 Estrés alto	13 Estrés bajo

Estos resultados muestran una disminución significativa en los niveles de ansiedad y estrés de Ana, lo que indica que las intervenciones han sido efectivas. Sin embargo, la evaluación continua y el ajuste de las estrategias terapéuticas aseguran la mejora sostenible y continua en su bienestar.

La psicoeducación fue crucial para que Ana entendiera la interrelación entre pensamientos, emociones y conductas, facilitando un mayor entendimiento de su situación y por lo tanto una mayor adherencia al tratamiento (Beck, 2011).

La reestructuración cognitiva es un pilar central del TCC, basado en la idea de que cambiar los pensamientos disfuncionales puede modificar las emociones y comportamientos asociados (Beck, 2011). La aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva, como la evaluación de la

evidencia y la descatastrofización, ayudó a Ana a desarrollar pensamientos más realistas y equilibrados.

Si bien los avances de Ana son positivos hasta el momento, siempre es importante considerar que cada individuo responde de manera única a las intervenciones terapéuticas. Es fundamental garantizar que todas las intervenciones se realicen dentro de un marco ético que respete la autonomía y dignidad de Ana como paciente. El consentimiento informado, la confidencialidad y el respeto a las creencias y valores personales deben ser prioridades a lo largo de la intervención.

Conclusiones

Los patrones cognitivos y conductuales son fundamentales en el desarrollo y mantenimiento de la fatiga por compasión. La tendencia a la empatía profunda y el deseo de aliviar el sufrimiento de otros, combinados con una falta de habilidades de afrontamiento efectivas, pueden llevar a un desgaste emocional. Además, los cuidadores a menudo priorizan las necesidades de los demás sobre las propias, lo que contribuye al estrés crónico y al agotamiento. En el caso de Ana ha asumido el rol de cuidadora desde los 19 años, lo que ha fortalecido su sentido de responsabilidad y su tendencia a priorizar las necesidades de los demás sobre las suyas. Estos patrones la llevan a experimentar un cuadro ansioso, pues percibe las situaciones de cuidado como abrumadoras y siente que no tiene control sobre ellas.

Los síntomas físicos asociados con la fatiga por compasión incluyen cansancio, alteraciones del sueño, fatiga general y cefaleas. Las personas que cuidan de otros pueden experimentar ansiedad, estrés, depresión, apatía y sentimientos de aislamiento. Estos síntomas son resultado del estrés constante y la carga emocional que conlleva el cuidado continuo de personas dependientes. La

falta de tiempo para el autocuidado y las demandas físicas del cuidado también contribuyen a estos síntomas. Ana presenta varios síntomas físicos y mentales asociados con la fatiga por compasión. Físicamente, experimenta agotamiento, dificultades para dormir y fatiga crónica. Mentalmente, sufre de ansiedad, estrés, y pensamientos negativos recurrentes sobre sí misma y su rol como cuidadora. Estos síntomas son exacerbados por su historial de cuidar a múltiples familiares con enfermedades crónicas y discapacidades, lo que ha llevado a un ciclo de desgaste emocional y físico que afecta su bienestar general.

El estudio de caso revela que la intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual aplicada a un caso en el que la fatiga por compasión se manifestó a través de un cuadro de ansiedad fue efectiva. En el caso de Ana resultó en una reducción de sus niveles de ansiedad y estrés, evidenciada por un lado en la disminución en las puntuaciones de las evaluaciones psicométricas, y por lo manifestado por la paciente a lo largo de las sesiones. Ana aprendió a identificar y reestructurar sus pensamientos automáticos negativos, lo que le permitió adoptar un enfoque más realista y equilibrado frente a las situaciones conflictivas. La implementación de técnicas de relajación y manejo del estrés en su día a día, junto con la psicoeducación ayudaron a reducir su malestar. Además, logró establecer límites saludables, mejorar sus hábitos de autocuidado y fortalecer su red de apoyo.

Recomendaciones

Con el objetivo de mejorar la eficacia del tratamiento y promover un bienestar sostenible a largo plazo para personas en situaciones similares a las de Ana, es recomendable:

- Utilizar la psicoeducación como una herramienta fundamental para que los pacientes comprendan la conexión entre sus pensamientos, emociones y comportamientos. Esto ayuda a aumentar la adherencia al tratamiento y empoderar a los pacientes para que manejen sus síntomas de manera proactiva.
- Es esencial que los objetivos terapéuticos sean específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales (SMART), esto ayuda a dirigir el enfoque del tratamiento y medir el progreso de manera efectiva.
- Fomentar la creación de rutinas de autocuidado que incluyan hábitos saludables de alimentación, sueño y ejercicio, así como tiempo para actividades recreativas y de ocio que proporcionen satisfacción y relajación. Pues en este estudio se ha podido evidenciar que el autocuidado es poco empleado pero que es esencial instaurar en la vida de un paciente que busca su bienestar personal.
- Implementar medidas para prevenir el agotamiento emocional y físico, y realizar un monitoreo continuo para ajustar las estrategias terapéuticas según sea necesario para mantener el bienestar del paciente.
- Siempre tener presente el respeto a la autonomía del paciente, asegurarse que todas las intervenciones respeten su autonomía y su dignidad, incluyendo el consentimiento informado y la confidencialidad.

Bibliografía

- Acinas, P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. . *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*.
- Arias Gallegos, W., Cahuana Cuentas, M., Ceballos Canaza, K., & Caycho Rodríguez, T. (2019). Síndrome de burnout en cuidadores de pacientes con discapacidad infantil. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, 5(1), 7-16. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6810468>
- Ayauca, M. (2022). *Preparación, sobrecarga y calidad de vida en cuidadores familiares de adultos mayores con discapacidad severa de organizaciones sociales, Ecuador 2021*. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/80053/Ayauca_PMA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T. (2011). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Manual de Terapia Cognitivo-Conductual*. . Desclée de Brouwer.
- Chamba, P. A., & Ojeda, K. P. (2017). Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados. Chordeleg, 2017. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca*, 37(1), 11-19. Obtenido de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/download/2544/1776/8311>
- Cólica, P. (2010). *Síndrome de estrés en los call center*. Argentina: Burbujas Editorial .
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Ellis, A. (2003). *Terapia Racional Emotiva Conductual: Funciona para Mí - Puede Funcionar para Ti*. Prometheus Books.
- Figley. (1995). *Compassion fatigue. En Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunel Mazel.
- García Cueto, B., & García Martínez, C. (2017). Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. *RqR Enfermería Comunitaria*, 5(3), 30-44. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079379>

- Grau, E. G., Escolano, A. F., Ruiz, J., Pros, M. A., & Fort, G. B. (2019). *Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales*.
- Izaguirre, M., Adum, M., & German, B. (2021). Agotamiento psicológico en cuidadores de personas con discapacidad. *Medisan*, 25(6).
- Izaguirre-Bordelois, M., Adum-Lípari, M., & German-Cordero, B. (2021). Agotamiento psicológico en cuidadores de personas con discapacidad. *MEDISAN*, 25(6), 1309-1323. Obtenido de <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3800>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social . (11 de 08 de 2023). *Registro de solicitud al Bono Joaquín Gallegos Lara*. Obtenido de <https://www.gob.ec/mies/tramites/registro-solicitud-al-bono-joaquin-gallegos-lara>
- Moreno Jiménez, B., Morante Benadero, M. E., Losada Novoa, M. M., Moreno Jiménez, B., Morante Benadero, M. E., & Losada Novoa, M. M. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22(1), 69-76. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/785/78522108.pdf>
- Muñoz, M. F. (2012). *Promoción de salud y participación de la ciudadanía. presentación de un caso: "Por un millón de pasos"*. Distrito Sanitario Sevilla.
- Nieto, D., & Martínez, E. (2018). Análisis del síndrome de burnout en el cuidador primario y el maltrato al adulto mayor con enfermedad cardiovascular. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 26. Obtenido de <https://ciberindex.com/c/rmec/e26s04>
- ONU MUJERES ECUADOR; CEDEAL. (2023). La corresponsabilidad de los cuidados: un paso crucial hacia la igualdad de género. Obtenido de <https://ecuador.unwomen.org/es/digital-library/publications/2023/09/la-corresponsabilidad-de-cuidados-un-paso-crucial-hacia-la-igualdad-de-genero>
- Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2022). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Peñañiel Martínez, F. (2012). Planteamiento inclusivo de la participación de la familia en contextos de intervención con alumnos con discapacidad. *Revista de Educación Inclusiva*, 5(2), <https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/237>.
- Rodríguez-Albañil, Y., & Quemba-Mesa, M. P. (2018). Nivel de sobrecarga en cuidadores informales de personas en situación de discapacidad cognitiva de Duitama, estudio exploratorio. *Revista de Investigación en Salud. Universidad de Boyacá*, 5(1), 86-98. doi: <https://doi.org/10.24267/23897325.270>

Rothschild, B. (2009). *Ayuda para el profesional de la ayuda. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.

Salazar. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Revista Poiésis*, 1(33), 139-145.

Wolpe, J. (1990). *La Práctica de la Terapia Conductual*. Pergamon Press.