

INVISIBILIDAD DEL CUIDADO: PSICOTERAPIA BREVE PARA CUIDADORES PRIMARIOS

Santos Noé Herrera Mijangos

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
psicologonoe@yahoo.com

Dayana Luna Reyes

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Daisy2902@gmail.com

Jorge Gonzalo Escobar Torres

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
jorgegonzaloescobar@gmail.com

Estos autores contribuyeron por igual en este trabajo

Received: 24 abril 2025

Revised: 24 abril 2025

Evaluator 1 report: 29 agosto 2025

Evaluator 2 report: 1 septiembre 2025

Accepted: 29 septiembre 2025

Published: noviembre 2025

RESUMEN

Frecuentemente, los Cuidadores Primarios anteponen sus necesidades básicas por atender a un enfermo, sin importar sacrificar su vida. El objetivo de esta investigación consistió en evidenciar las vicisitudes cotidianas de los cuidadores primarios y las afectaciones biopsicosociales que padecen por la sobrecarga de trabajo que implica atender a un enfermo; así como presentar una propuesta de psicoterapia breve para mitigar su sufrimiento. El método es de corte cualitativo, la investigación es descriptiva e interpretativa. Se utilizó el relato de la historia de vida de una cuidadora primaria y se redactó secuencialmente en una novela para poder analizar a detalle los acontecimientos que atraviesan al atender a su ser querido. En los resultados, evidencian la invisibilidad y falta de reconocimiento por parte del enfermo, la familia y sociedad, la sobrecarga de trabajo que afecta su estado biopsicosocial, así como la carencia de apoyo para ayudar a mitigar su sufrimiento. En las conclusiones, sugerimos una propuesta de psicoterapia breve y holística que permita al cuidador entender “lo que la vida espera de él” al cuidar a un ser querido.

Palabras clave: cuidador primario; psicoterapia; sobrecarga

ABSTRACT

Invisibility of caring: brief psychotherapy for primary caregivers. Frequently, Primary Caregivers put before their basic needs to care a sick person, regardless of sacrificing their life. The objective of this research

was to demonstrate the daily vicissitudes of primary caregivers and the biopsychosocial effects they suffer due to overload work involved in caring for a patient; as well as present a brief psychotherapy proposal to mitigate her suffering. The method is qualitative, the research is descriptive and interpretive. The life story of a primary caregiver was used and written sequentially into a novel to be able to analyze in detail the events they go through when caring for their loved one. The results show the invisibility and lack of recognition by the patient, the family and society, the overload task that affects their biopsychosocial state, as well as the lack of support to help mitigate their suffering. In the conclusions, we suggest a brief and holistic psychotherapy proposal that allows the caregiver to understand "what life expects of them" when caring for a loved one.

Keywords: primary caregiver; psychotherapy; overload

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos necesitamos ser cuidados desde el momento de nacer. Afortunadamente, al paso de los días, meses y años comenzamos a ser independientes, pero hay personas que por infortunios de la vida necesitan de cuidados especiales en alguna etapa de su vida. ¿Quiénes son las personas que propician esos cuidados? Normalmente alguien significativo en la vida del que sufre. "Representan en un gran porcentaje el sexo femenino, en especial familiares cercanos del paciente (esposa, hijas, tías y hermanas)" (Espinosa, Guzmán, Vargas, y Ramos, 2019, p. 34). Aunque también, como lo refiere la literatura, "los adultos tienden a cuidar más que los jóvenes" (González y Crespo, 2020, s.p.). Las personas que cuidan de los enfermos, se les conoce como cuidadores primarios, la Organización Mundial de la Salud (OMS), conceptualizó al cuidador primario como:

La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo, en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta (OMS, 2000, citado en Guerrero-Nava, Romero-Quechol, Martínez-Olivares, Martínez-Martínez y Rosas-Reyes, 2016, p. 92).

La vida del paciente depende en gran medida del cuidador primario, aunque en la mayoría de las veces "no cuenta con formación en salud, ni recibe remuneración económica, cumplen con este papel sin someterse a normas de horario" (Cardona-Arango, Segura-Cardona, Berbesí-Fernández, Ordoñez-Molina y Agudelo-Martínez, 2011, citado en Guerrero-Nava *et al.*, 2016, p. 92), en la realidad, se entregan a las necesidades del paciente en cuerpo y alma.

Este trabajo aborda parte de las vicisitudes y problemáticas que viven cotidianamente los cuidadores primarios por estar al pendiente de las necesidades de su ser enfermo. En cuanto a sus vicisitudes, nos enfocamos en las alteraciones a su estilo de vida: dinámica familiar, economía y vida laboral entre otras. La segunda parte, indagamos sobre sus afectaciones biopsicosociales por la sobrecarga de trabajo que implica atender a un enfermo.

Con respecto a sus vicisitudes –problemáticas– que enfrentan los cuidadores primarios, se pueden enfocar en el descuido a sus necesidades y vida personal porque se desbordan en atenciones a su ser querido, de acuerdo con Expósito (2008)

En muchas ocasiones, es una sola persona la que afronta todo el esfuerzo y responsabilidad del cuidado del paciente, lo que supone además de escaso apoyo físico, escaso apoyo emocional a la hora de compartir sentimientos y frustraciones. A veces, la falta de tiempo libre para el descanso y esparcimiento, estando disponible los 7 días de la semana, agrava la situación (p. 5).

El cuidador primario deja de lado su propio bienestar. Su enfermo debe "ser atendido desde un punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social" (Nicolaz, Vega, Castañeda y Olguín, 2012, p. 22). El enfermo, absorbe la vida del cuidador primario, "la literatura refleja la preocupación por el deterioro y compromiso en la calidad de vida que sufre el cuidador al tener que asumir un rol que implica cambios en la vida social, laboral, familiar y personal" (Llanta, Hernández y Martínez, 2015, p. 99); los cuidadores primarios en soledad, son «seres ocultos detrás de la tragedia humana de la enfermedad» (García, 2011, citado en Llanta *et al.*, 2015, p. 99).

Una segunda problemática [y asociadas] que tienen los cuidadores primarios, está relacionada con las múltiples actividades concernientes a su enfermo, aunque atender a un paciente varía de acuerdo con el padecimiento

y contexto económico, social y cultural entre otros. Los enfermos, frecuentemente necesitan ser atendidos en casa u hospital por lo que los cuidadores descuidan otras actividades de su vida [trabajo y pareja por mencionar algunos] “disminuyen la atención que se les brindan a otros hijos con la consecuente repercusión negativa sobre estos y el propio cuidador” (Llanta *et al.*, 2015, p. 104). Las múltiples actividades asociadas a las necesidades del enfermo, sobrecargan al cuidador generando otras problemáticas asociadas. “La sobrecarga afecta las esferas emocionales, físicas, espirituales, sociales y económicas del cuidador, lo que genera grandes cambios en su calidad de vida y deterioro de herramientas personales para afrontar las situaciones adversas” (Espinosa *et al.*, 2019, p. 34). Hay momentos de desesperación en la vida del cuidador, tienen deseos de muerte para su enfermo e ideas suicidas entre otros pensamientos catastróficos. “El colapso del cuidador primario se perfila en dos vertientes, por un lado, la condición física y por el otro el estado emocional, ambos pueden verse comprometidos cuando se llega al grado de sobrecarga” (Vergara, 2020, s.p.). Entre los síntomas físicos, por mencionar algunos, tenemos padecimientos “cardiovasculares, osteomusculares, gastrointestinales” (Narváez y Martínez, 2015, citado en Monsalve, 2021, p. 113), así como “trastornos psicósomáticos y psiquiátricos, afecciones crónicas, aumento del consumo de drogas psicotrópicas, aislamiento social, estrés personal o familiar y cambios en la dinámica familiar y la vida social” (Espinosa *et al.*, 2019, p. 31). Englobando sus problemáticas por la sobrecarga, “los cuidadores primarios llegan a tener complicaciones en su bienestar físico, psicológico y social” (Vargas y Sánchez, 2012; Domínguez, Zavala, De la Cruz y Ramírez, 2008, citado en Delgado, Barajas, Urioste y López, 2016, p. 3).

La tercera problemática que tienen los cuidadores primarios, está asociada a las intervenciones psicológicas adecuadas a su realidad. Al igual que los enfermos, los cuidadores no tienen apoyo por parte de las instituciones de salud para afrontar sus problemas psíquicos. Si bien es cierto que se celebra el día del cuidador, y existen intervenciones sobre calidad de vida, esto no es suficiente. No se tiene “un abordaje multidisciplinario en el que participen médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, etc., con el fin de englobar la intervención desde una perspectiva biopsicosocial” (Monsalve, 2021, p. 114), así como tampoco se tienen terapias grupales que “pueden ser una buena manera de mantenerse con fuerzas para seguir cuidando” (Gómez, 2003; Pinquart y Sorensen, 2003, citado en Expósito, 2008, p. 5). La psicología una vez más ha dejado de lado esta problemática que afecta a millones de seres en el mundo.

Como podemos ver, existen diversas problemáticas que viven cotidianamente los cuidadores primarios (alteraciones a su estilo de vida: dinámica familiar, economía y vida laboral entre otras, así como afectaciones biopsicosociales por la sobrecarga de trabajo) que producen sufrimiento durante el tiempo que cuidan y prevalece por años, aún después de la muerte del enfermo que atendieron. Teniendo como base la experiencia empírica, investigaciones previas realizadas e intervenciones de psicoterapia aplicadas para otros padecimientos psicológicos (Herrera y Laiza, 2017b; Herrera, Campos y Luna, 2017a; Herrera, Luna y Solano 2019; Herrera, Luna y Escobar 2022), para este artículo, el objetivo central fue: evidenciar las afectaciones biopsicosociales por la sobrecarga de trabajo que implica atender a un enfermo y las vicisitudes que padecen los cuidadores primarios; así como presentar una propuesta de psicoterapia para cuidadores primarios. Este artículo busca responder preguntas como: el cuidador primario, ¿qué tipo de alteraciones padece por atender a un enfermo?; ¿cómo afecta su estilo de vida?; ¿qué tipo de sufrimiento psíquico, físico, social, espiritual e institucional padece? Y ¿qué aprendizaje significativo asimila durante su proceso?

MÉTODO

Tipo de investigación

La investigación es de corte descriptivo e interpretativo, “su pretensión es encontrar la causa final de un fenómeno” (Zhizhko, 2016, p. 23) y mostrarlo. Es un trabajo cualitativo, aunque se utilizó un cuestionario-entrevista (Alpuche, Ramos, Rojas, y Figueroa, 2008) como apoyo para la realización de la guía de entrevista, su diseño es transformativo secuencial (DITRAS). En este tipo de investigaciones, lo cualitativo es predominante y lo cuanti-

tativo (cuestionario) es incrustado, sólo de apoyo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Se utilizó el relato de la historia de vida “aquella que el sujeto de la misma narra a otra persona” (Martínez, 2006/2017, p. 208), la redacción fue secuencial como una novela, una historia.

Participantes

La participante es actualmente una cuidadora primaria. Se ocupó el seudónimo de Camila. Se tiene consentimiento informado y permiso para publicar los resultados con fines académicos. De igual manera, durante las observaciones, participaron personas –anónimas– que estuvieron en salas de espera y siempre se respetó su integridad y siguieron los parámetros éticos adecuados.

Escenario

El trabajo de campo –observación naturalista– se realizó en diferentes escenarios y tiempos. En el Centro Médico Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México y en los hospitales públicos de Pachuca de Soto, Hidalgo. Las observaciones se realizaron esporádicamente del 2007 al 2023. Las entrevistas con la participante se realizaron en línea, se sostuvieron conversaciones por teléfono y plataformas digitales, así como mensajes de texto y correo electrónico. Las últimas pláticas se realizaron en 2024. Se tienen video-grabadas las entrevistas, así como resguardados los documentos.

Materiales y procedimiento

Se tienen fotografías y documentos proporcionados por la informante. Se utilizó un formato de entrevista semiestructurada. La historia de vida-novela se redactó con 1) Entrevistas; 2) Documentos personales –correos, fotografías, expedientes médicos–; 3) Fotos de la observación naturalista y 4) Conversaciones por teléfono para aclarar dudas. Cuando la historia de vida se concluyó, se presentó a Camila para agregar, quitar y modificar información que considerara pertinente. La propuesta de psicoterapia se realizó una vez concluido el artículo.

Análisis de datos

Se tomaron como ejes las problemáticas que fueron alineadas a los objetivos de la investigación y considerando las categorías emergentes encontradas. Una vez escrita la novela, se tejió el trabajo de campo (entrevistas y observaciones entre otros) con los artículos científicos relacionados al tema. Al final, se redactó la propuesta de intervención.

RESULTADOS

Camila: ayer y hoy

Camila nació en el estado de Guerrero en 1972. Fue la menor de cinco mujeres y dos hombres. Aunque tiene una relación cordial con sus hermanos, su preferida es Lupe, tal vez porque el tema de la edad jugó mucho. Su hermano mayor le lleva 20 años, “el primogénito salió muy rápido de la casa, bueno todos lo hicieron, menos yo”. Camila tiene un hijo de 32 años, nunca se casó porque el papá de su hijo se fue a los Estados Unidos cuando ella tenía cinco meses de embarazo “y regresó hasta que el fruto del amor tenía 20 años. Sólo volvió para verificar cómo había sido educado y criado, nunca fue responsable”. Camila nunca ha vivido en pareja, siempre ha estado con su madre porque “me vendí la idea de que era un paquete de tres. Mi hijo, mi mamá y yo”. Camila estudió Psicología a la par de otras cosas como: tanatología y tratamiento de adicciones. Una vez terminada la carrera cursó dos maestrías: en Psicoterapia Gestalt y una maestría en Desarrollo Humano. En la actualidad -2024-, estudia un doctorado en línea.

Cuidadora de abuela, padre e hijo.

Ya siendo madre, Camila vivió a los 20 años en Ometepec, Guerrero. Su padre abrió una tienda después de jubilarse por un problema cardíaco. Al lado de la tienda, vivió su abuela materna quien a los 94 años se cayó y

rompió la cabeza del fémur. El incidente ocasionó que su abuela estuviera ocho meses en cama y aunque tenía una descendencia muy grande, sólo Camila y su padre, se turnaron para acompañarla en la noche. Hasta que su papá comenzó a ponerse mal por las desveladas y le dejó toda la responsabilidad a Camila quien tenía a su hijo en brazos.

Cabe destacar que la abuela fue una paciente muy complicada "súper exigente y controladora". No permitió que mientras era atendida, Camila pudiera atender y descansar con su bebe. Camila le preparaba las comidas y realizaba todas las labores domésticas sin recibir nada a cambio. En una ocasión mientras Camila se ausentó por un momento, su abuela murió. "Encontré a mi abuela ahorcada en una silla. Tenía su escapulario de San Francisco de Asís enredado en el cuello. Supongo que se quiso parar y se atoró en la silla". Cuando llegó el papá de Camila, le contó lo que había pasado, cerró la tienda y salió a hablarle al síndico y doctor. "Afortunadamente el síndico era sobrino de mi abuela y no hubo mayor complicación legal, así como el médico certificó que había fallecido de asfixia".

Como es de imaginar, después de haber vivido casi un siglo, la muerte de la abuela trajo calma a la vida de Camila por un corto tiempo. Aunque su hijo le provocó muchos sobresaltos. "Mi hijo nació con un problema de asma. Dos veces me tocó llegar con él al hospital de Morelia, con su cuerpo desvanecido, con los labios amaratados, con las uñas moradas y prácticamente sin respirar". Camila debía proporcionar muchos cuidados a su hijo. Tenía que asegurar que no hubiera cobijas ni cortinas de lana, tratar de mantener limpio el cuarto para que no hubiese polvo, "en donde por todos lados había gallinas, vacas y ¡todo lo que producían alergias!" Las sensibilidades de su hijo, también trajeron graves problemas económicos por más de una década. Prácticamente trabajaba para pagar la cuenta en la farmacia y doctor entre otras cosas.

La vida de Camila siguió su curso en Guerrero. A sus 23 años ya había tenido dos experiencias de cuidadora primaria con su abuela e hijo. Parecía que la vida se normalizaba, pero su padre repentinamente padeció un coma diabético que lo llevó al hospital poco más de dos meses. Por el vínculo afectivo tan cercano y porque su madre le introyectó que "a la hija más chica le corresponde estar", Camila se convirtió en la cuidadora primaria hasta su muerte. Justo antes de morir, "mi padre me hace un regalo que me pesa mucho, «te encargo a tu madre, que no tenga que andar rodando y estar viendo caras en otro lado, en tanto vivas encárgate de ella»" Por tal encargo, Camila ha sacrificado su vida en varios aspectos, incluyendo el de pareja, "de ahí viene esta parte, ¿cómo me involucro con alguien? Mi atención y cuidado están dirigidos a ser hija y mamá. El encargo marcó en mí, esta idea de ser un paquete de tres".

Después de la muerte del Padre, Camila, su hijo y madre permanecen en su pueblo por varios años y en el 2009, por asares del destino consigue un trabajo en Querétaro, lugar donde reside su hermana favorita. Parecía estar por fin lejos de su madre a los 37 años, pero un par de meses después su progenitora la sigue y se va a vivir con ella.

Cuidar a la madre por el regalo-encargo del padre

Dentro de los bienes materiales del padre de Camila, estaba la casa familiar. Cuando él muere, su hermano mayor decide que sea para ella. La casa es una tirita, un lugar muy chiquito, que en este momento está convertida en locales comerciales y explota una hermana que vive allá. La casa "es motivo de conflicto, porque dicen que si la herencia la recibí, la responsabilidad de estar al pendiente, de estar atenta a las necesidades, de los cuidados de nuestra mamá, es mía". La madre de Camila, una mujer de 92 años ha tenido diferentes problemas de salud a lo largo de su vida, actualmente "tiene paralizada la mitad del cuerpo; el hipotálamo necrosado y no controla esfínteres entre otras cosas. El accidente cerebrovascular, le provocó demencia senil por lo que tiene periodos cortos de conciencia y periodos muy largos donde la pierde".

Como es de esperarse, la madre de Camila requiere ser atendida las 24 horas del día. Después de trabajar en su empleo remunerado y cumplir con sus labores domésticas, Camila cumple con sus funciones de cuidadora primaria: cambia el pañal, baña, da de comer, así como realiza ejercicios físicos y de actividad mental

con su madre todos los días hasta la noche que duerme a su lado. Aunque su hermana e hijo le ayudan económicamente y con el cuidado de su madre, la mayor carga la tiene ella. Camila comparte que son muchos los gastos que generan las enfermedades de su mamá: pañales, pomadas, cremas, enfermera y medicamentos entre otros.

Después de varios años, Camila, su hermana e hijo presentan síntomas de cansancio por las 24 horas al día de atención que le brindan a la paciente, de hecho “hemos tomado la decisión que ya no habrá hospitalización, si tuviera una crisis o alguna otra cosa, ya no se va a llevar al hospital, los recursos con los que contamos aquí son los que se utilizarán allá”.

Otros costos del cuidado.

No todo es dinero y tiempo. La atención de la madre ha tenido costos en diversas esferas de la vida de Camila. Se ha visto afectada en la parte laboral cuando de repente se pone mal su paciente y tiene que salirse de la oficina e ir con ella. “Me ha tocado en varias ocasiones llegar tarde o aceptar el descuento. De hecho, he pedido permiso sin goce de sueldo por seis meses”. El ambiente familiar también se ha visto sumamente afectado. Cuando llega su hijo de trabajar, tratan de conversar, pero su mamá enferma, “inmediatamente comienza a emitir una especie de gruñido, porque está pidiendo que la atención sea para ella”. El ámbito biopsicosocial también se ha visto afectado en Camila.

Cuando estuve durante ocho meses de tiempo completo con ella, bajé como 12 kilos. En la parte física, la otra vez, la saqué de bañar, la vestí y la alcancé a sentar en la cama, pero en el momento en el que doy un paso para abrir la puerta, mi rodilla tronó, colapsé y me caí. La cadera también se lastimó. En algún momento en los hombros, un médico me diagnosticó bursitis. El dolor era insoportable, se lastimó mi cuerpo. Hace unas semanas tuve un episodio de inflamación de hígado, a propósito del enojo y del coraje.

La condición de la madre, ha afectado severamente la condición de salud. En el ámbito social, “tengo amigas, pero no salgo con ellas y las relaciones amorosas se han visto comprometidas porque no hay tiempo ni espacio para el romance”. La condición de cuidadora primaria ha trastornado el estado de ánimo de Camila. En diciembre padeció una condición depresiva muy severa que la llevó a invocar a su Dios, Camila en sus rezos dijo: “Diosito, como no escuchas mi ruego y mi suplica, pues entonces, si no se va ella, me voy yo”.

El largo final que se demora

Cuando se cuida a un enfermo, el tiempo es relativo, es dependiente del placer y sufrimiento, puede ser rápido o lento. Camila sufre, sabe que podría venir el deceso próximo de su madre. En este momento:

Me siento muy cansada, agotada, hasta la madre de la situación y con el quebranto de haber tocado muchas puertas y no recibir ayuda. Para ser honesta, he deseado su muerte. Lo he hecho muchas veces, ante la falta de respuesta, apoyo y todo lo que estoy necesitando. He decidido soltar, reconocerme y vivirme como ser humano. Lo que necesito es tiempo, espacio para descansar.

Camila manifiesta desgaste físico y psíquico por ser la cuidadora primaria. Su principal deseo después de la muerte, es tener tiempo para descansar. A sus 51 años, no piensa en diversión o tener una pareja, “aunque ojalá hubiera alguien con quien compartir la vida”.

Como muchas personas que conviven con enfermos, Camila ha experimentado las vicisitudes por las que atraviesan los cuidadores primarios y ha tenidos aprendizajes significativos. Camila comparte:

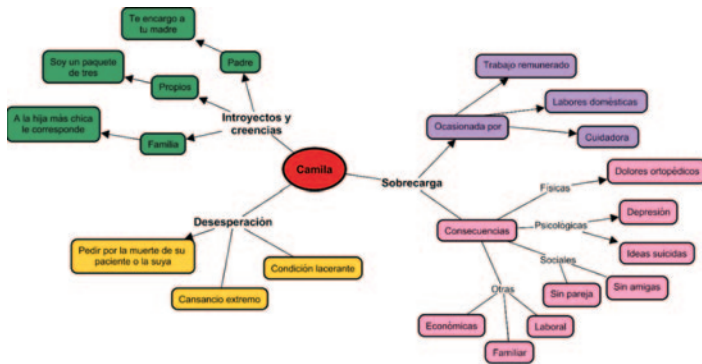
Si estuviera en una condición similar a la de mi madre, si mi calidad de vida dependiera de una máquina. No quiero ser conectada ni reanimada. Que mis órganos se donen y mis bienes sean vendidos para pagar un espacio. No tengo interés de condenar a nadie.

Con base en las experiencias que ha tenido, Camila desea otorgar con su historia de vida, herramientas a los cuidadores primarios “para que no tengan que vivir una condición tan lacerante”.

DISCUSIONES

Las aportaciones de nuestra participante, evidenciaron diversas problemáticas que viven cotidianamente algunos cuidadores primarios. La figura 1 resume los introyectos, creencias, desesperación y consecuencias biopsicosociales que padecen por la sobrecarga de trabajo que implica atender a un enfermo.

Figura 1. Problemáticas de Camila



En los resultados previamente presentados, Camila asumió el papel de cuidadora primaria sin conocimientos médicos lo cual coincide con Maynard, Barthley, Hodelín, Santiago y Michel (2016) “habitualmente los cuidadores informales asumen la responsabilidad de cuidar sin ser preparados” (p. 220). Asumen la responsabilidad por “las relaciones afectivas existentes entre cuidador y dependiente, sin una percepción económica” (Comas, 2015, citado en González y Crespo, 2020, s/p), así como por “un acto de amor, a pesar de que es algo que los cuidadores nunca imaginaron tener que cumplir” (IMSS, 2015; Wright, 2009, citado en Vergara, 2020, s.p.). En el caso de Camila, en su historia y experiencias de vida (Vergara, 2020), el rol de cuidador primario fue introyectado por ser mujer, por la familia -A la hija más chica le corresponde- y por el padre -te encargo a tu madre-. De acuerdo con Wright (2009) “algunos eligen ser cuidador, en otros casos se asigna o asume” (citado en Vergara, 2020, s/p). Para Camila, se asignó “el compromiso de preservar la vida de otro” (Ostigüín y Rivas, 2011, p. 50).

Los cuidadores primarios deben entregarse en cuerpo y alma a su labor. En ocasiones, la enfermedad, tratamiento y recurrentes hospitalizaciones demandan 24 horas por siete días de la semana “sin someterse a normas de horario ni de procedimientos” (Cardona-Arango *et al.*, 2011, citado en Guerrero-Nava *et al.*, 2016, p. 92) “por lo que sus aspiraciones y proyectos de vida tienen que verse aplazado o sustituido” (Llanta *et al.*, 2015, p. 104). Dejan de lado su trabajo remunerado, labores domésticas y vida social entre otras actividades, aunque después de la atención a su paciente deben realizar lo pospuesto generando sobrecarga de trabajo.

En los resultados presentados, Camila tuvo que pedir permiso por seis meses para atender a su madre y ha tenido descuentos en su salario por llegar tarde. La atención a su paciente le ha generado sobrecarga en sus labores y “cambios en las relaciones familiares, en el trabajo, en lo económico, en el tiempo libre, en el estado de salud y en el estado de ánimo”. (Espinoza *et al.*, 2019, p. 31).

Específicamente, “los cuidadores pueden experimentar consecuencias de índole física, psicológica, social y/o económica” (Vérez *et al.*, 2015, citado en Monsalve, 2021, p. 110) entre otras. Vergara, (2020) denomina a estas consecuencias como el “síndrome del cuidador” y concentra en cuatro áreas: estado de salud, alteraciones del sueño, cuidado personal y estado anímico.

Los resultados de Camila coinciden con el síndrome del cuidador, en cuanto al estado de salud, manifestó haber perdido 12 kilos, ser diagnosticada con bursitis al lastimar su cadera y rodilla por bañar a su paciente, así

como inflamación del hígado. En lo concerniente al sueño y cuidado personal, dejó en claro su cansancio por estar “hasta la madre de la situación”, manifiesta estar agotada y deseo de descansar por lo que se coincide con Camejo, Coro y Reyes (2017) los cuidadores primarios “duerme mal, no se alimentan bien, así como no son capaces de divertirse y de dedicarse tiempo” (p. 507). En la mayoría de los casos, “la falta de tiempo libre para el descanso y esparcimiento, estando disponible los 7 días de la semana, agrava la situación” (Expósito, 2008, p. 5). Lo más delicado de Camila, es el estado anímico: desesperación y frustración que la ha llevado a desear tanto su muerte como la de su familiar. De acuerdo con Espinosa *et al.*, (2019) “en la salud general y mental del cuidador, esto genera afecciones crónicas, deterior cognitivo y social, estrés, ansiedad y depresión y finalmente un contexto familiar problemático que redirige los pensamientos del sujeto a conductas de riesgo” (p. 34) por lo que resulta importante generar estrategias para apoyar a muchos cuidadores primarios que son rebasados por su situación.

Considerando los resultados y previo análisis, se debe “cuidar al cuidador” (Vergara, 2020) porque se olvida de sus necesidades por priorizar a su familiar enfermo, “manteniendo la mayoría de sus propias patologías sin diagnosticar, tornándose casi «invisible» para el sistema de salud (Muñoz, Espinosa, Portillo y Rodríguez, 2002, citado en Delgado *et al.*, 2016, p. 3) y para su familia que muchas veces evitan la responsabilidad de cuidar al enfermo, pero lo peor es que en muchas ocasiones no reconocen su trabajo, su entrega al enfermo. Los cuidadores primarios, en sus noches de insomnio anhelan el reconocimiento a su labor, “Ellos son y forman parte del equipo; deberían saber que no les olvidamos, que no se encuentran solos en esa tarea de cuidar” (Expósito, 2008, p. 5). Principalmente porque “la apreciación de no ser reconocido por el paciente afecta negativamente a la dimensión de sobrecarga y provoca un sentimiento de frustración en el cuidador” (Lai *et al.*, 2018, citado en Monsalve, 2021, p. 112).

Principales conclusiones, aporte y limitantes.

Se destacan tres conclusiones: El cuidador primario acompaña, defiende y contiene al enfermo en su padecimiento, aunque en la mayoría de las veces, no es valorado su trabajo y ayuda por parte del paciente, la familia y el sector salud; los Cuidadores Primarios no tienen (por parte del sector salud) apoyo psicológico y espiritual para enfrentar la multiplicidad de problemáticas que enfrentan cotidianamente y no hay intervenciones psicoterapéuticas que los sostengan en sus momentos de crisis existencial.

Una limitante de esta investigación, la tenemos al no poder generalizar los resultados por el tamaño de la muestra, aunque la mayoría de los cuidadores primarios al ser seres sociales, padecen las mismas consecuencias. Finalmente, los aportes de esta investigación, se centran en develar las problemáticas biopsicosociales además de hacer propuesta de psicoterapia para Cuidadores primarios que se presenta a continuación.

Propuesta

Esta propuesta de psicoterapia es de corte humanista gestáltica. El psicoterapeuta dirige las sesiones “los objetivos de la psicoterapia recaen en el terapeuta, eximiendo al paciente de la responsabilidad que tiene frente al proceso” (Obando, 1999, Hernández, 2004 y Romero, 2004, citado en Gómez, 2011, p. 28), principalmente porque el cuidador no está consciente de lo que está padeciendo. Se prioriza el “momento presente como eje primario de la existencia humana y del proceso terapéutico” (Brazier, 1993; Peñarubia, 1998; Yontef, 1993 citado en Sassenfield y Moncada, 2006, p. 103). Se enfoca en “vivir el aquí y ahora, así como asumir la importancia de darse cuenta” (Herrera *et al.*, 2019, p. 53). La propuesta se sustenta en la investigación previamente presentada, otras psicoterapias desarrolladas (Herrera y Laiza, 2017b; Herrera *et al.*, 2017a; Herrera *et al.*, 2019; Herrera *et al.*, 2022), así como la experiencia de ser cuidador primario. Sostenemos que la atención de los cuidadores primarios tiene la “necesidad de un abordaje multidisciplinario en el que participen médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, etc., con el fin de englobar la intervención desde una perspectiva biopsicosocial” (Monsalve, 2021, p. 114), desde una atención holística.

En cuanto a la confiabilidad y validez de nuestra propuesta de intervención, podemos decir que en las ciencias naturales, sociales y humanas entre otras, cada área tiene sus propios parámetros para medir la validez y confiabilidad. De acuerdo con Martínez (2006/2017):

En las ciencias humanas es prácticamente imposible reproducir las condiciones exactas en que un comportamiento y su estudio tuvieron lugar. Ya Heráclito dijo en su tiempo que «nadie se bañaba dos veces en el mismo río»; y Cratilo le añadió que «no a posible hacerlo ni siquiera una sola vez» (Aristóteles, Metaf. Lib. IV, cap. 5, citado en Martínez, 2006/2017, p. 255).

Así, en esta propuesta, no se busca la aprobación de las ciencias duras y tradicionales. El objetivo de esta intervención consiste en ayudar a mitigar el sufrimiento de los pacientes que están inmersos en la cotidianidad de ser cuidadores primarios. Y si se puede aplicar a otras situaciones similares, “tanto mejor: se irá haciendo ciencia más universal; pero ése no es el fin primario de la IA” (Investigación Acción) (Martínez, 2006/2017, p. 255). La tabla 1 evidencia el aporte de esta investigación y la propuesta de psicoterapia para cuidadores primarios.

Tabla 1. Psicoterapia para Cuidadores Primarios

Psicoterapia para Cuidadores Primarios		
Objetivo terapéutico		Sesión / Meta
Tipo de sufrimiento	Diagnóstico	1. Entrevista inicial y delimitación de objetivos
	Cotidiano	2. Historia de vida: infancia, adolescencia y familia
	Biopsicosocial	Social 3. Vínculo con el paciente
		Médico 4. La enfermedad
		Social 5. Vínculos con Institución de Salud y Personal Médico
		Social y cotidiano 6. Familia (Dinero y apoyo)
	Cotidiano	7. Sobrecarga
	Biopsicosocial	Médico 8. Autocuidado
	Psíquico y Espiritual 9. Apoyo psíquico y espiritual	
	Cotidiano	10. Relaciones sociales y de pareja
	Psíquico, espiritual y cotidiano 11. Soltar, dejar ir	
	Cotidiano	12. Aprendizaje significativo. Aquí y ahora. Novela y cierre
Nota: se recomienda seguir el orden de las sesiones, aunque si los pacientes presentan alguna crisis, a partir de la 2ª sesión, se puede modificar la secuencia.		

La psicoterapia de la tabla 1, puede ser replicada en diversas partes del mundo, así como con diversos cuidadores primarios, es decir cuidadores de adulto mayor, cáncer y diabetes entre otros. La propuesta de doce sesiones; se alinea a las necesidades de los cuidadores y pueden incluirse más sesiones si los cuidadores primarios y el proceso de psicoterapia lo requieren. Se debe considerar las ausencias y reprogramarse. Es prudente destacar que la propuesta no pretender ser invasiva, busca apoyar al cuidador que puede dejar de asistir cuando desee (Herrera et al., 2019) considerando que no todos siguen un mismo proceso psíquico y están atados a las necesidades de su enfermo.

En la primera sesión, se realiza la entrevista, el diagnóstico; se busca *la figura y fondo* del cuidador primario para delimitar los objetivos terapéuticos. En la segunda sesión, después de haber delimitado los objetivos de la psicoterapia, se debe trabajar la historia de vida del cuidador primario: Infancia, adolescencia y familia porque su contexto del pasado, delimita su actuar en el aquí y ahora. “Según la Gestalt, el ser humano ha vivido cumpliendo las expectativas, deseos y mandatos de otros” (Riveros, 2014, p. 152).

Para la tercera sesión se propone trabajar el vínculo que tienen el enfermo y el cuidador primario. Hacer la psicoterapia analizando su relación desde que se conocen, los altibajos que han tenido a lo largo del tiempo; así

como su sentir ante la situación actual. En esta sesión es oportuno trabajar algunas cuestiones no resueltas entre cuidador y enfermo para que ambos puedan entender su relación actual.

En la cuarta sesión, se propone trabajar con los cuidadores primarios sobre las necesidades de la enfermedad de su ser querido y el sufrimiento físico, psíquico, social e institucional entre otros que padecen ambos porque “a partir del sentido que le otorguemos al sufrimiento, podemos proyectar nuestro futuro” (Riveros, 2014, p. 150). Entender que ambos sufren; su ser querido al padecer la enfermedad y él desde la mirada y atención que brinda, sin poder curar.

En la quinta sesión, se propone trabajar los otros vínculos que se tienen con el personal del hospital, confrontación con médicos y enfermeras entre otros. La enfermedad y desconocimiento de la misma, genera tanto en los pacientes como en los cuidadores estados de ánimo vulnerables.

La sexta sesión es muy importante por el reconocimiento que merecen y necesitan los cuidadores por parte del paciente y familiares quienes en muchas ocasiones simulan empatía, pero poco aportan a los cuidados del enfermo, sin dejar de mencionar que se olvidan de las necesidades económicas que implica atender. “El reconocimiento hacia su labor es suficiente recompensa para el cuidador. Ellos son y forman parte del equipo; deberían saber que no les olvidamos, que no se encuentran solos en esa tarea de cuidar” (Expósito, 2008, p. 5).

La séptima y octava sesión, propone ayudar al cuidador a liberarse del arduo trabajo cotidiano que realiza con su enfermo. “está indicado que los cuidadores tengan un descanso; se alejen un tiempo de sus responsabilidades; tarea muy difícil de conseguir” (Gómez, 2003; Pinquart y Sorensen, 2003, citado en Expósito, 2008, p. 5). Se debe ayudar a organizar y delegar responsabilidades a otros familiares para que voltee a verse y autocuidarse. No es posible estar disponibles las 24 horas del día. El cuidador debe atender sus otras esferas de vida (salud, psicológica y social) que comúnmente descuida por estar enajenado a la atención de su ser querido.

La novena sesión, propone trabajar con la parte psíquica y espiritual del cuidador. Es muy frecuente que, durante la vigilia del cuidado del enfermo, cuando se encuentra dormido el paciente, después de acomodarlo en su lecho y cobijarlo entre muchas cosas más, los cuidadores descansan al lado del paciente cuestionando su fe; sintiendo miedo, angustia y frustración entre otras problemáticas psíquicas. Considerando la propuesta de la logoterapia sobre la dimensión espiritual, se debe apoyar al cuidador para entender lo que la vida espera de él y no lo que él espera de la vida. “Necesitamos otorgarle un sentido al sufrimiento, otorgarle un significado a la vida, ya que ella no nos puede decir por sí misma que tenga algún sentido” (Riveros, 2014, p. 149). De ser posible, se puede pedir al cuidador que acuda a otros espacios por ayuda “las terapias de grupo, pueden ser una buena manera de mantenerse con fuerzas para seguir cuidando” (Gómez, 2003; Pinquart y Sorensen, 2003, citado en Expósito, 2008, p. 5).

La décima sesión, se enfoca en las relaciones sociales y de pareja que deben tener los cuidadores. Como es sabido, en la mayoría de los casos y por las necesidades de su enfermo, se olvidan de la vida social y de pareja. No salen más allá de la cafetería del hospital o sala de su casa, así como olvidan a su pareja en turno lo que después de algún tiempo les cobra factura en sus vínculos sociales y de pareja. Se recomienda apoyar al cuidador a buscar alternativas de convivencia social y de pareja de lo contrario, terminarán en la isla de su enfermo. Se debe dejar claro que dejar, delegar responsabilidades por unas horas y aprovecharlas en sus relaciones traerá más beneficios a su situación que padecer.

Para la décima primera sesión, se recomienda trabajar con el cuidador, la muerte de su paciente. Trabajar en terapia la ausencia de su ser querido y el vacío que este dejará. Se recomienda, de ser posible, que el cuidador toque el tema con el enfermo y pueda despedirse, escucharlo, así como pueda expresar en vida del enfermo lo que significa su vínculo. Se puede utilizar fotos, videos, escribir una carta, se debe hacer lo necesario para que después de su muerte, no “se convierta en lo que es conocido como duelo patológico o complicado” (Reyes, 2005, p. 122). En la mayoría de los casos, se evade el tema, la muerte del ser querido es -inesperada-, “lo que provoca en el cuidador una sensación de vacío y se requiere un reajuste en la forma de vivir, ya que el espacio que ocupaba su atención total ahora se encuentra ausente” (Nevado, 2013, citado en Vergara, 2020, s.p.).

En la última sesión, se sugiere crear y presentar la historia de vida del cuidador. Analizar lo que la vida espera de él, su aprendizaje de vida, su aquí y ahora, así como su futuro sin su ser querido. Al igual que las otras propuestas de psicoterapia, el orden puede ser movable de acuerdo a las necesidades del cuidador.

A modo de cierre, es prudente destacar que la propuesta de psicoterapia, pretende ayudar a los cuidadores primarios en la carga cotidiana de atención a su ser querido. Se pretende cuidar al cuidador que muchas veces es invisible ante los familiares y enfermo. Se pretende coadyuvar en las problemáticas (alteraciones a su estilo de vida: dinámica familiar, economía, vida laboral y afectaciones biopsicosociales por la sobrecarga de trabajo entre otras) que enfrentan cotidianamente.

Esta propuesta está abierta a cualquier sugerencia para ayudar a mitigar el sufrimiento de los cuidadores. Este artículo es producto del acompañamiento de muchos años a un familiar enfermo donde se aprendió que "Ninguna circunstancia [enfermedad] es eterna. Y esto también pasará, solo es cuestión de tiempo".

Rol de los autores

Primer autor: Responsable de investigación, redacción de manuscrito

Segundo autor: Asistencia en la metodología

Tercer autor: Asistencia en redacción y trabajo de campo

Financiamiento

La investigación fue autofinanciada por los autores

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Alpuche, V., Ramos, B., Rojas, M., y Figueroa, C. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-245. <https://doi.org/10.25009/pys.v18i2.665>
- Camejo, J., Coro, Z., y Reyes, D. (2017). Estrés en el cuidador primario de niños con enfermedad hematológica maligna. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río* 21(4), 503-509 <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.pcpd>
- Delgado, E., Barajas, T., Uriostegui, L., y López, V. (2016). Sobrecarga y percepción de la calidad de vida relacionada con el cuidador primario del paciente hemodializado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(4), 1-9. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400006&lng=es&tlng=es
- Espinosa, D., Guzmán, J. A., Vargas Bautista, N., y Ramos, J. A. (2019). Carga de trabajo del Cuidador del Adulto Mayor. *CINA RESEARCH*, 2(3), 28-37. <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/cinaresearch/article/view/135>
- Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es&tlng=es
- Gómez, M. (2011). Concepto de psicoterapia en psicología clínica. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(2), 19-32. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.10290>
- González, S., y Crespo, S. (2020). Perfil del cuidador primario en pacientes diabéticos en dos comunidades. Investigación. *Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.pcpd>
- Guerrero-Nava J, Romero-Quechol G, Martínez-Olivares M, Martínez-Martínez R., y Rosas-Reyes S. (2016) Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 24(2), 91-8. http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/96
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.

- Herrera, S. y Laiza, E. (2017b). Resiliencia: Fortaleza en el sufrimiento. En A. Morales (copiladora), *Crisis y resiliencia. Aportes desde la Psicología* (pp. 187- 192). Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.
- Herrera, S., Campos, A. y Luna, D. (2017a). Alcances de la psicoterapia breve: Propuesta para trabajar el sufrimiento con múltiples psicoterapias. En I. Monroy y K. Valdés (coords.), *Alcances de la psicología* (pp. 37-48). Fontamara.
- Herrera, S., Luna, D., y Solano, G. (2019). Psicoterapia breve para pacientes que sufren cáncer de mama. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(1), 49-62. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20190602-80>
- Herrera, S., Luna, D., y Escobar, J. (2022). Psicoterapia breve para mitigar los sufrimientos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de enfermos renales crónicos. *Revista de psicología de la UAEM*, 11(27 fasc.2) 10-40. <https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/19863>
- Llanta, C., Hernández, K., y Martínez, Y. (2015) Calidad de Vida en cuidadores primarios de pacientes oncopediátricos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(1), 97-106. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56325>
- Martínez, M. (2006/2017). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. Trillas.
- Maynard, R., Barthley, L., Hodelín, H., Santiago, D., y Michel G. (2016). Capacitación para cuidadores primarios de personas adultas mayores dependientes desde la educación popular. *Rev Inf Cient*. 95(2), 213-223. <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/101/1450>
- Monsalve, E. (2021). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes diagnosticados con Alzheimer. *Revista Científica Universitaria*, 10(2), 109-128 <http://portal.amelica.org/ameli/journal/228/2282279007/>
- Nicolaz, JA., Vega, D., Castañeda, AG., y Olguín E. (2012). Emociones del cuidador primario ante su enfermo con diagnóstico de cáncer. *Cuidarte*, 1(1), 20-26. <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2012.1.1.69062>
- Ostigüín, R., y Rivas, J. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería Universitaria*, 8(1), 49-54. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741838007>
- Reyes, A. (2005). Cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Papel del psicólogo. Santiago*, 108, 117-124. <https://scholar.google.com/citations?user=Q-1KrkAAAAJ&hl=es>
- Riveros, E. (2014). La psicología humanista: Sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Revista AJAYU*, 12(2), 135-186. <https://ajayu.ucb.edu.bo/a/article/view/91>
- Sassenfield, A. y Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de Psicología*, 15(1), 91-106. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2006.17146>
- Vergara, P. (2020). Psicomotricidad como medio para prevenir el Síndrome del cuidador primario en la atención de personas con discapacidad. *Revista Psicomotricidad Movimiento y Emoción* 6(2). <https://cies-revistas.mx/index.php/Psicomotricidad/article/view/151>
- Zhizhko, E. (2016). *Investigación cualitativa: desenmascarando los mitos*. Orfila