

Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar*

Stress and depression in informal caregivers of patients with bipolar affective disorder

XIMENA PALACIOS-ESPINOSA**

Universidad del Rosario, Colombia

KARIM OFFIR JIMÉNEZ-SOLANILLA

Universidad El Bosque, Colombia

Abstract

This study aims to establish the stress and depression's prevalence in informal primary caregivers of patients with bipolar affective disorder of the Clínica de Nuestra Señora de la Paz (Bogotá, Colombia). The sample consisted of 40 informal primary caregivers who were tested by several tools: a survey filter, a sociodemographic record, the Beck Depression Inventory (BDI) and the Daily Stress Questionnaire. Results indicate that there is much more presence of depression than of daily stress in the sample.

Key words: primary caregivers; stress; depression; prevalence; bipolar affective disorder.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo establecer la prevalencia del estrés y la depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar (TAB) de la Clínica de Nuestra Señora de La Paz (Bogotá, Colombia). La muestra fue de 40 cuidadores primarios informales, a quienes se les aplicaron varios instrumentos: una encuesta filtro, una ficha sociodemográfica, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de Estrés Diario. Los resultados indican que hay mayor presencia de depresión que de estrés diario en la muestra.

Palabras clave: cuidador primario; estrés; depresión; prevalencia; trastorno afectivo bipolar.

Introducción

El trastorno afectivo bipolar, como cualquier otro trastorno mental severo (TMS), se caracteriza por un curso complejo de difícil manejo y de altas exigencias para los cuidadores. De hecho, el cuidado de una persona enferma implica afrontar una serie de situaciones estresantes, entre ellas (Stefani, Seidman, Pano y Acrich, 2003): (1) la dependencia progresiva; (2) las conductas disruptivas que presenta el enfermo; (3) la restricción de la libertad; (4) la pérdida de estilos vida anteriores; (5) el abordaje de nuevas tareas relacionadas con la enfermedad;

(6) la interrupción de las tareas relacionadas con las demandas del ciclo vital. Lo anterior implica un gran riesgo en el cuidador primario, por el desequilibrio psicológico y su consecuente agotamiento, que en muchas ocasiones puede desencadenar en enfermedad.

Con frecuencia, son los miembros de la familia los que llevan a cabo las tareas de cuidado del enfermo, pero entre ellos se destaca la tarea de uno en particular, quien asume la mayor responsabilidad y es llamado cuidador primario o principal; este suele ser de sexo femenino (Duran, 1999; Crespo, 2003) y mayor de 50 años de edad (Crespo, 2003). De

* Esta investigación fue realizada en el marco del Programa de Especialización en Psicología Médica y de la Salud de la Universidad El Bosque, en 2005.

** Correspondencia: Ximena Palacios-Espinosa. Programa de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad del Rosario, carrera 24 No. 63 C 69, Bogotá, D. C., Colombia. Correo electrónico: ximena.palacios@gmail.com.

hecho, su aparición está relacionada con diversos factores externos (edad, nivel de formación, sexo, situación laboral y estado civil), factores de dependencia forzada (necesidades primarias, suficiencia económica y labores domésticas), y factores de personalidad (relación dominancia-sumisión, atribuciones y expectativas) (Han y Haley, 1999).

Según Bayés, Arranz, Barbero y Barreto (1997), por lo menos en el 80% de los casos de enfermedad mental son las familias quienes asumen, en el propio domicilio, los cuidados de estos enfermos. El 65% de los familiares que cuidan directamente al enfermo sufrirán cambios sustanciales en sus vidas y una importante merma de su salud física o psíquica, llegando el 20% a desarrollar un cuadro intenso conocido como “*burnout*” o síndrome del cuidador quemado.

El apoyo que debe ofrecerse a la familia del enfermo con TMS es tan prioritario como el del propio paciente. Según Goode y colaboradores (1998), la familia es un recurso valioso en el cuidado del paciente con TMS; debe recibir apoyo y ayuda, ya que pasa por diferentes fases a lo largo de la enfermedad de uno de sus miembros. De hecho, Kubler-Röss (1993), afirmó que los cuidadores pasan por las mismas etapas de duelo que el paciente (negación, cólera, negociación, depresión y aceptación), lo que está estrechamente relacionado con una serie de factores que de manera usual preocupan a las familias: la incertidumbre; su capacidad para afrontar la realidad; los cambios de roles dentro de la familia; el proceso de adaptación a la nueva situación; la escasa comunicación con los profesionales de la salud implicados en el tratamiento y atención del familiar afectado; la dependencia del paciente y de la familia, y el aumento del gasto económico.

Según Rodríguez del Álamo (2002), existen diversos factores de riesgo para la sobrecarga psicológica y física en el cuidador; algunos de ellos están relacionados con el enfermo y otros con el cuidador. Entre los primeros se encuentran: (1) tiempo prolongado desde el diagnóstico de la enfermedad; (2) alucinaciones, (3) delirios o confusión (psicosis y delirium); (4) agresividad; (5) negación y negativismo; (6) incontinencia; (7) vómitos y escaras; (8) insomnio (voceo, pasos), y (9) otras dolencias médicas. Entre los segundos:

(1) mala salud física previa; (2) historia de depresión o de trastornos de personalidad; (3) no tener pareja o amigos íntimos; (4) ser de la tercera edad; (5) no tener actividades diferentes a cuidar; (6) no tener otros parientes que convivan en el domicilio; (7) bajo nivel económico; (8) ausencia de apoyos socio-sanitarios inmediatos (en especial médico de cabecera poco accesible y centros de día no disponibles) y (9) desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico.

Según Goode, Haley y Roth (1998), la sobrecarga del cuidador primario es el resultado del estrés crónico producido por la lucha diaria contra la enfermedad, la monotonía de las tareas y la sensación de falta de control, entre otros. De acuerdo con Rodríguez del Álamo (2002), se caracteriza por actitudes y sentimientos negativos hacia el enfermo; desmotivación; depresión-angustia; trastornos psicósomáticos; fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo; irritabilidad; despersonalización y deshumanización; comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales; agobio continuado con sentimientos de ser desbordado por la situación, lo cual finalmente se traduce en alto niveles de estrés.

No solo el estrés está asociado con la sobrecarga del cuidador primario; también la depresión. Según el National Institute of Mental Health (2001), algunos cuidadores primarios experimentan durante algunos meses un estado general de tristeza de baja intensidad, mientras que otros un cambio negativo súbito e intenso en su estado de ánimo; por supuesto, esto está sujeto a las diferencias individuales y varía con el tiempo. La depresión puede persistir aun después de ingresar al paciente en un centro especializado, decisión que genera niveles de angustia altos. Si bien muchos cuidadores logran descansar y recuperarse, la soledad, los sentimientos de culpa y la supervisión de la atención que se le brinda en el centro al ser querido pueden ser nuevas fuentes de estrés. Muchos cuidadores se sienten deprimidos y estresados al ingresar al paciente a este tipo de centros, y algunos se siguen sintiendo así por mucho tiempo (Bayés, Arranz, Barbero y Barreto, 1997).

El estudio del estrés y de las reacciones emocionales del cuidador primario de pacientes con

TMS, ha sido objeto de diversos estudios a nivel internacional. En investigaciones como la de Heru y Ryan (2004), de los 39 cuidadores evaluados, 21 de familiares con depresión mayor y 17 de familiares con trastorno afectivo bipolar, los segundos reportaron sentirse menos recompensados, con mayor carga y disfuncionalidad familiar. Es posible que ello se deba a que los pacientes con manía o hipomanía tienen mayores síntomas disruptivos y un curso de la enfermedad más caótico que los pacientes con depresión.

Asimismo, Onwumere et ál. (2008) indican que si bien los cuidadores informales tienen un rol central en el cuidado del paciente, esta actividad puede generar tanto consecuencias positivas como negativas. Y dentro de las últimas, rescatan las evaluaciones negativas y el distrés (malestar emocional intenso), en especial cuando perciben que la enfermedad puede perjudicarlos a ellos o al propio paciente y que su curso es crónico e indefinido. Según Gallagher et al. (1989), citados por Yanguas Lezaun, Leturia Arrazola y Leturia Arrazola (2000), hasta un 40% de los cuidadores pueden padecer depresión mayor o menor y se dan altos niveles de síntomas o trastornos depresivos en familias cuidadoras.

En Colombia, hay poca evidencia de la prevalencia de estrés y depresión en cuidadores informales de personas con TMS y aun menor con personas con trastorno afectivo bipolar. En la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, específicamente, este es un dato inexistente, por lo cual se decidió plantear este estudio descriptivo, epidemiológico, cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de estrés y depresión en 40 cuidadores primarios informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar vinculados en el proceso terapéutico en la mencionada clínica.

Método

Variables

En este estudio se midieron dos variables: estrés y depresión.

- *Estrés*: eventos estresantes que ocurren por lo menos una vez al año y con un impacto menor en el individuo que los eventos vitales mayores.

- Operacionalización: puntaje obtenido en el inventario de estrés diario que indica el grado de estrés, así: ausencia de estrés: de 0 a 1.99; estrés leve: de 2 a 2.99; estrés moderado: de 3 a 3.99; o estrés grave: de 4 a 5.
- *Depresión*: Reporte de contenidos de pensamiento negativo, referidos a las temáticas: visión negativa de sí mismo, consideración negativa del mundo y consideración negativa del futuro. Presencia de distorsiones en el procesamiento de la información del tipo: sobregeneralización, pensamiento dicotómico, inferencias arbitrarias, magnificación-minimización, abstracción selectiva y personalización.
- Operacionalización: puntaje obtenido en la prueba que indica el grado de depresión, así: ausencia de depresión: de 0 a 9; depresión leve: de 10 a 18; depresión moderada: de 19 a 29, o depresión grave: de 30 a 63.

Participantes

La muestra fue de 40 cuidadores primarios informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar, remitidos al Servicio de Psicología de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz en el nivel de intervención multifamiliar.

La selección de esta muestra fue por conveniencia y se consideraron los siguientes criterios de inclusión, los cuales se identificaron a través de una encuesta de filtro: (1) cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar remitidos al Departamento de Psicología de la clínica; (2) nivel de intervención psicoterapéutica multifamiliar; (3) número de reingreso o recaídas igual o mayor a ocho, ya que este es el criterio institucional para considerar al paciente como crónico, y (4) participación voluntaria con firma del consentimiento informado.

Instrumentos

Para recolectar los datos del estudio se utilizaron tres instrumentos: (1) ficha sociodemográfica, (2) Inventario de Depresión de Beck (BDI) y (3) Cuestionario de Estrés Diario (CED).

- *Ficha sociodemográfica*: incluyó una sección de datos sociodemográficos y otra de datos

relacionados con antecedentes de enfermedad médica y enfermedad mental, para establecer así una caracterización de los participantes.

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*. “El inventario consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de estos, el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de varias alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana, incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida” (Sanz y Vázquez, 1998; p. 307).

El rango de la puntuación obtenida es de 0 a 63 puntos y la graduación de la depresión se establece con base en los siguientes criterios: (1) ausencia de depresión (0 a 9 puntos); (2) depresión leve (10 a 18 puntos); (3) depresión moderada (19 a 29 puntos), y (4) depresión grave: (30 a 63 puntos).

- *Cuestionario de Estrés Diario (CED)*. Basado en la estructura y concepción de las contrariedades diarias (Hassles) y de las satisfacciones diarias (Uplifts). Constituido por 60 ítems relacionados con distintas facetas de la vida cotidiana de las personas (familia, trabajo, estudios, economía, etc.). Los ítems, además de estar formulados de una manera neutra, evitan hacer referencia explícita a procesos cognoscitivos y emocionales, y no se solapan con sucesos vitales mayores (Santed, Chorot y Sandin, 1991).

El cuestionario dispone de dos escalas tipo Likert (una para la valoración negativa y otra para la valoración positiva) con rango de 0 a 3, donde 0 es igual a nada, 1 es igual a algo y 3 es igual a mucho. Puede aplicarse de manera individual o colectiva a adultos, para evaluar el grado de estrés diario.

La puntuación obtenida puede oscilar en un rango de 0 a 5, en donde puede encontrarse: (1) ausencia de estrés (0 a 1.99 puntos); (2) estrés leve (2 a 2.99 puntos); (3) estrés moderado (3 a 3.99 puntos), y (4) estrés grave (4 a 5 puntos).

Procedimiento

Para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos de la investigación se tuvieron en cuenta diferentes actividades: (1) aplicación de encuesta filtro con criterios de inclusión y exclusión. Esto se hizo como parte del protocolo de atención a todos los familiares de pacientes con trastorno afectivo bipolar que eran remitidos al Departamento de Psicología en nivel de intervención multifamiliar. De esta manera, si el paciente cumplía con los criterios de inclusión, se incluía como candidato a participar en el estudio. (2) Sensibilización de la muestra; a todos los pacientes seleccionados se les informó sobre los objetivos del estudio, la importancia de conocer datos relacionados no solo con la salud mental de su familiar, sino también de ellos. (3) Si tras la sensibilización las personas accedían a participar, se les solicitaba firmar el consentimiento informado. Todas las personas que fueron invitadas a participar en el estudio se mostraron interesadas y dieron su consentimiento. (4) Aplicación de instrumentos durante nueve sesiones, cada una de aproximadamente dos horas.

Aspectos éticos

Para el desarrollo de esta investigación, se respetaron los principios de la investigación con seres humanos y se procuraron las condiciones para proteger la confidencialidad y el respeto, y actuar en beneficio de los participantes.

Resultados

Los resultados obtenidos en esta investigación se analizaron con técnicas de estadística descriptiva, utilizando el paquete sistematizado *SPSS* para *Windows* versión 12.

Se presentan en el siguiente orden: (1) caracterización de los participantes (edad, sexo, perfil ocupacional, estado civil, estrato socioeconómico, antecedentes médicos y psiquiátricos, entre otros); (2) depresión; (3) estrés, y (4) frecuencia y tipos de depresión y estrés.

Caracterización de los participantes

Tabla 1. *Edades de los participantes*

	Frecuencia	%
15 a 25	6	15
26 a 35	4	10
36 a 45	8	20
46 a 55	7	17,5
56 a 65	8	20
66 y más	7	17,5
Total	40	100

Fuente: elaboración propia

El 55% de la muestra es mayor de 36 años.

Tabla 2. *Sexo de los participantes*

	Frecuencia	%
Masculino	12	30
Femenino	28	70
Total	40	100

Fuente: elaboración propia

El 70% de la muestra son mujeres.

Tabla 3. *Grado de escolaridad de los participantes*

	Frecuencia	%
Primaria incompleta	5	12,5
Primaria completa	6	15
Secundaria incompleta	11	27,5
Secundaria completa	10	25
Técnica	2	5
Universitaria incompleta	1	2,5
Universitaria completa	5	12,5
Total	40	100

Fuente: elaboración propia

El 27,5% de la muestra de cuidadores tiene primaria incompleta, seguido de un 25% de cuidadores con bachillerato.

Tabla 4. *Perfil ocupacional de los participantes*

	Frecuencia	%
Secretaria	1	2,5
Modista	1	2,5
Hogar	19	47,5
Empleado	4	10
Estudiante	5	12,5
Psicóloga	1	2,5
Deportista	1	2,5
Comerciante	2	5
Contratista	1	2,5
Transportador	1	2,5
Independiente	1	2,5
Pensionado	3	7,5
Total	40	100

Fuente: elaboración propia

El 47,5% de la muestra son amas de casa.

Tabla 5. *Estado civil de los participantes*

	Frecuencia	%
Soltero	12	30
Casado	11	27,5
Unión libre	12	30
Separado	2	5
Viudo	3	7,5
Total	40	100

Fuente: elaboración propia

La proporción de cuidadores casados y en unión libre supera la mitad de la muestra (57,5%) y un 30% son personas solteras.

Tabla 6. *Estrato socioeconómico de los participantes*

	Frecuencia	%
Estrato 1	1	2,5
Estrato 2	10	25
Estrato 3	27	67,5
Estrato 4	2	5
Total	40	100

Fuente: elaboración propia

La mayor proporción de la muestra (67,5%) son personas de estrato socioeconómico 3.

Tabla 7. Presencia de antecedentes médicos en los participantes

	Frecuencia	%
No	33	82,5
Sí	7	17,5
Total	40	100

Fuente: elaboración propia

El 82,5% de los participantes niega tener antecedentes médicos.

Tabla 8. Presencia de antecedentes de enfermedad mental en los participantes

	Frecuencia	%
No	36	90
Sí	4	10
Total	40	100

Fuente: elaboración propia

El 90% de los participantes niega tener antecedentes de enfermedad mental.

Tabla 9. Tiempo de cuidado a su familiar con trastorno afectivo bipolar

	Frecuencia	%
Menos de 1 año	3	7,5
Entre 1 y 5 años	5	12,5
Entre 6 y 10 años	8	20
Entre 11 y 20 años	13	32,5
21 años o más	11	27,5
Total	40	100

Fuente: elaboración propia

El 32,5% de los participantes ha cuidado a su familiar con trastorno afectivo bipolar entre 11 y 20 años, y el 27,5% de ellos lo ha hecho por más de 21 años.

Tabla 10. Momentos de acompañamiento del cuidador a su familiar con trastorno afectivo bipolar

	Frecuencia	%
Durante la crisis	1	2,5
Durante la hospitalización	6	15
Dentro y fuera de la hospitalización	33	82,5
Total	40	100

Fuente: elaboración propia

El 82,5% de los participantes ha acompañado a su familiar con trastorno afectivo bipolar tanto dentro como fuera de la hospitalización.

Tabla 11. Parentesco entre el cuidador primario y el paciente

	Frecuencia	%
Esposa	3	7,5
Madre	11	27,5
Hermana	11	27,5
Cuñada	1	2,5
Hija	6	15
Sobrina	1	2,5
Esposo	5	12,5
Papá	1	2,5
Otros	1	2,5
Total	40	100

Fuente: elaboración propia

El 55% de los cuidadores son madre o hermana, 27,5%, del enfermo con trastorno afectivo bipolar.

Depresión

Tabla 12. Resultados en el BDI según la edad

Edad	Media	N	Desv. Típ.
15 a 25	15,50	6	12,276
26 a 35	16,25	4	7,365
36 a 45	16,13	8	8,509
46 a 55	9,29	7	8,015
56 a 65	10,88	8	8,149
66 y más	14	7	15,067
Total	13,43	40	10,033

Fuente: elaboración propia

La mayoría de los participantes presentaron depresión leve. Solamente el grupo de cuidadores con edades que oscilaron entre 46 y 55 años, obtuvo una media de 9,29, equivalente a ausencia de depresión.

Tabla 13. Resultados en el BDI según el sexo

Género	Media	N	Desv. típ.
Masculino	15,25	12	13,778
Femenino	12,64	28	8,120
Total	13,43	40	10,033

Fuente: elaboración propia

No hubo diferencia en cuanto a la intensidad de depresión que presentaron los participantes de acuerdo con el sexo. Hombres y mujeres presentaron depresión leve.

Tabla 14. Resultados en el BDI según la escolaridad

Escolaridad	Media	N	Desv. Típ.
Primaria incompleta	5,60	5	9,236
Primaria completa	17,5	6	14,963
Secundaria incompleta	11,27	11	7,322
Secundaria completa	17,10	10	10,115
Técnica	15,50	2	3,536
Universitaria incompleta	2	1	----
Universitaria completa	15,20	5	7,887
Total	13,43	40	10,033

Fuente: elaboración propia

Ausencia de depresión para los cuidadores con primaria incompleta y estudios universitarios incompletos. Para el resto de los niveles de escolaridad, la depresión fue leve.

Tabla 15. Resultados en el BDI según la ocupación

Ocupación	Media	N	Desv. Típ.
Secretaria	15	1	-
Modista	12	1	-
Hogar	12,74	19	8,285
Empleado	15,75	4	10,813
Estudiante	12,8	5	10,035
Psicóloga	9	1	-
Deportista	35	1	-
Comerciante	8,50	2	10,607
Contratista	7	1	-
Transportador	10	1	-
Independiente	11	1	-
Pensionado	17,33	3	23,965
Total	13,43	40	10,033

Fuente: elaboración propia

La tendencia observada es a puntuar positivo para depresión leve, independiente de la ocupación. Se resalta que hay ausencia de depresión en el psicólogo, depresión moderada en el participante pensionado y depresión grave en el deportista.

Tabla 16. Resultados en el BDI según el estado civil

Estado civil	Media	N	Desv. Típ.
Soltero	17,17	12	8,178
Casado	14,18	11	12,335
Unión libre	11,33	12	9,755
Separado	16	2	1,414
Viudo	2,33	3	2,309
Total	13,43	40	10,033

Fuente: elaboración propia

A excepción de los participantes viudos que presentaron ausencia de depresión, todos los demás presentaron depresión leve, independiente de su estado civil.

Tabla 17. Resultados en el BDI según el parentesco

Parentesco	Media	N	Desv. típ
Esposa	12	3	10,817
Madre	9,73	11	8,320
Hermana	16,64	11	8,189
Cuñada	11	1	-
Hija	15,50	6	12,276
Sobrina	9	1	-
Esposo	8,60	5	5,683
Papá	45	1	-
Otros	10	1	-
Total	13,43	40	10,033

Fuente: elaboración propia

Las esposas de los participantes, las hermanas, la cuñada, así como cuidadores con otros parentescos no contemplados en la ficha demográfica presentaron depresión leve. Las madres cuidadoras, la sobrina y los esposos presentaron ausencia de depresión.

Tabla 18. Resultados en el BDI según los antecedentes médicos

Antecedentes médicos	Media	N	Desv. Típ.
No	12,61	33	8,853
Sí	17,29	7	14,671
Total	13,43	40	10,033

Fuente: elaboración propia

La depresión fue leve para los participantes, independiente de la presencia o ausencia de antecedentes médicos.

Tabla 19. Resultados en el BDI según los antecedentes de enfermedad mental

Antecedentes de Enfermedad mental	Media	N	Desv. Típ.
No	13	35	9,908
Sí	16,4	5	11,589
Total	13,43	40	10,033

Fuente: elaboración propia

La depresión fue leve para los participantes, independiente de la presencia o ausencia de antecedentes de enfermedad mental.

Tabla 20. Resultados en el BDI según el número de hospitalizaciones

Número de Hospitalizaciones	Media	N	Desv. Típ.
Menos de 8	15,00	5	7,874
8	11,50	10	9,372
Más de 8	13,88	25	10,864
Total	13,43	40	10,033

Fuente: elaboración propia

La depresión de los participantes fue leve, independiente del número de hospitalizaciones que había tenido su familiar con trastorno afectivo bipolar.

Tabla 21. Resultados en el BDI según el tiempo de cuidado

Tiempo de cuidado	Media	N	Desv. Típ.
Menos de 1 año	16,33	3	13,577
Entre 1 y 5 años	7,80	5	9,365
Entre 6 y 10 años	14,88	8	7,453
Entre 11 y 20 años	13,69	13	9,716
21 años o más	13,82	11	12,172
Total	13,43	40	10,033

Fuente: elaboración propia

La depresión fue leve para los participantes, independiente del tiempo de cuidado a su familiar con trastorno afectivo bipolar.

Tabla 22. Resultados en el BDI según el momento de acompañamiento

Tiempo de Acompañamiento	Media	N	Desv. Típ.
Durante la crisis	12	1	-
Durante la hospitalización	23,33	6	15,958
Anterior y posterior a la Hospitalización	11,67	33	7,825
Total	13,43	40	10,033

Fuente: elaboración propia

Durante los momentos de la crisis y los periodos previos y posteriores a la hospitalización, la depresión fue leve. Mientras que durante la hospitalización la depresión fue moderada.

Estrés

Tabla 23. Resultados en el Inventario de Estrés Diario según la edad

Edad en años	Media	N	Desv. Típ.
15 a 25	2,4267	6	0,72049
26 a 35	2,07	4	0,87890
36 a 45	1,6475	8	0,59148
46 a 55	1,8957	7	0,81823
56 a 65	1,5675	8	0,89739
66 y más	2,5186	7	0,78737
Total	1,9865	40	0,82103

Fuente: elaboración propia

Los participantes con edades entre 15 y 25 años, 26 y 35 años, y mayores de 66 años presentaron estrés leve, mientras que presentaron ausencia de estrés los participantes cuyas edades oscilaban entre los 36 a 45 años, y 46 a 55 años.

Tabla 24. Resultados del Inventario de Estrés Diario según el sexo

Género	Media	N	Desv. típ.
Masculino	2,0125	12	0,72486
Femenino	1,9754	28	0,87131
Total	1,9865	40	0,82103

Fuente: elaboración propia

Los hombres presentaron estrés leve, mientras que las mujeres presentaron ausencia de estrés.

Tabla 25. Resultados del Inventario de Estrés Diario según la escolaridad

Escolaridad	Media	N	Desv. Típ.
Primaria incompleta	2,398	5	0,88166
Primaria completa	2,3867	6	0,87751
Secundaria incompleta	1,6955	11	0,92783
Secundaria completa	1,9640	10	0,85182
Técnica	2,16	2	0,69296
Universitaria incompleta	1,66	1	-
Universitaria completa	1,776	5	0,38514
Total	1,9865	40	0,82103

Fuente: elaboración propia

Los participantes con primaria incompleta, primaria completa y nivel técnico, presentaron estrés leve, mientras que el resto de participantes con secundaria incompleta, completa, formación universitaria incompleta y completa, presentaron ausencia de estrés.

Tabla 26. Resultados del Inventario de Estrés Diario según la ocupación

Ocupación	Media	N	Desv. Típ.
Secretaria	1,06	1	-
Modista	3,17	1	-
Hogar	1,9126	19	0,97078
Empleado	1,9875	4	0,58602
Estudiante	2,0640	5	0,35147
Psicóloga	1,61	1	-
Deportista	3,66	1	-
Comerciante	2,005	2	0,78489
Contratista	1,64	1	-
Transportador	1,08	1	-
Independiente	2,05	1	-
Pensionado	2,19	3	0,62426
Total	1,9865	40	0,82103

Fuente: elaboración propia

Una importante proporción de participantes presentaron ausencia de estrés o estrés leve. Tan solo la modista presentó estrés moderado; los estudiantes, el trabajador independiente y el pensionado, estrés leve.

Tabla 27. Resultados en el Inventario de Estrés Diario según el estado civil.

Estado civil	Media	N	Desv. Típ.
Soltero	1,9658	12	0,68875
Casado	2,1945	11	0,87291
Unión libre	1,9733	12	0,71772
Separado	0,53	2	0,74953
Viudo	2,33	3	1,035
Total	1,98	40	0,821

Fuente: elaboración propia

Solteros, personas que viven en unión libre, y separados presentaron ausencia de estrés. Los participantes casados y viudos presentaron estrés leve.

Tabla 28. Resultados en el Inventario de Estrés Diario según el parentesco

Parentesco	Media	N	Desv. típ
Esposa	2,033	3	0,86199
Madre	2,2509	11	1,09767
Hermana	1,4745	11	0,35616
Cuñada	3,3	1	-
Hija	2,4267	6	0,72049
Sobrina	1,61	1	-
Esposo	2,024	5	0,57977
Papá	1,8	1	-
Otros	1,08	1	-
Total	1,9865	40	0,82103

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con el parentesco, esposas, esposos, hijas y madres presentaron estrés leve, mientras que la cuñada, el padre y cuidadores con otros parentescos con el enfermo con trastorno afectivo bipolar, tuvieron ausencia de estrés.

Tabla 29. Resultados en el Inventario de Estrés Diario según los antecedentes médicos

Antecedentes médicos	Media	N	Desv. Típ.
No	1,9655	33	0,79070
Sí	2,0857	7	1,01645
Total	1,9865	40	0,82103

Fuente: elaboración propia

Los participantes sin antecedentes médicos presentaron ausencia de estrés, mientras que aquellos con antecedentes médicos presentaron estrés leve.

Tabla 30. Resultados en el Inventario de Estrés Diario según los antecedentes de enfermedad mental

Antecedentes de Enfermedad mental	Media	N	Desv. Típ.
No	1,9169	35	0,7931
Sí	2,4740	5	0,96116
Total	1,9865	40	0,82103

Fuente: elaboración propia

Los participantes sin antecedentes de enfermedad mental presentaron ausencia de estrés, mientras que aquellos con antecedentes de enfermedad mental presentaron estrés leve.

Tabla 31. Resultados en el Inventario de Estrés Diario según el número de hospitalizaciones

Número de hospitalizaciones	Media	N	Desv. Típ.
Menos de 8	1,82	5	0,71669
8	1,94	10	0,40683
Más de 8	2,0384	25	0,96862
Total	1,9865	40	0,82103

Fuente: elaboración propia

Los cuidadores primarios de pacientes que han sido hospitalizados menos de 8 veces y 8 veces presentaron ausencia de estrés, mientras que los cuidadores de pacientes que han tenido más de ocho hospitalizaciones obtuvieron una media correspondiente a estrés leve.

Tabla 32. Resultados en el Inventario de Estrés Diario según el tiempo de cuidado

Tiempo de cuidado	Media	N	Desv. Típ.
Menos de 1 año	1,8767	3	0,69097
Entre 1 y 5 años	2,1840	5	0,76690
Entre 6 y 10 años	1,6275	8	0,45575
Entre 11 y 20 años	2,1323	13	1,03278
21 años o más	2,0155	11	0,84738
Total	1,9865	40	0,82103

Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta el tiempo durante el cual se ha cumplido la función de cuidador primario, las medias de los puntajes obtenidos son: *menos de un año*: 1,87, equivalente a ausencia de estrés; *entre 1 y 5 años*: 2,18, estrés leve; *entre 6 y 10 años*: 1,62, equivalente a ausencia de estrés; *entre 11 y 20 años*, 2,13, equivalente a estrés leve, y *más de 21 años*: 2,01, correspondiente a estrés leve.

Tabla 33. Resultados en el Inventario de Estrés Diario según el tiempo de acompañamiento

Tiempo de Acompañamiento	Media	N	Desv. Típ.
Durante la crisis	3,17	1	-
Durante la hospitalización	2,19	6	0,84640
Anterior y posterior a la hospitalización	1,9136	33	0,80783
Total	1,9865	40	0,82103

Fuente: elaboración propia

Tomando en consideración el periodo de tiempo de acompañamiento en la enfermedad del paciente por parte del cuidador primario, se encontró que, durante la crisis, la media fue de 3,17, equivalente a estrés moderado; durante la hospitalización la media fue de 2,19, correspondiente a estrés leve, y anterior y posterior a la hospitalización, la media fue de 1,91, equivalente a ausencia de estrés.

Frecuencia y tipos de depresión y de estrés

Tabla 34. Frecuencia y tipos de depresión encontrados al aplicar el Inventario de Depresión de Beck

Puntaje	Frecuencia y %	Grado de depresión
Entre 0 y 9	15 (37.5%)	Ausencia
Entre 10 y 18	14 (35%)	Leve
Entre 19 y 29	9 (22.5%)	Moderada
Entre 30 y 45	2 (5%)	Grave

Fuente: elaboración propia

Tabla 35. Frecuencia y grados de Estrés Diario encontrados al aplicar el Inventario de estrés Diario

Puntaje	Frecuencia y %	Grado de estrés
0-1.99	21 (52.5%)	Ausencia
2-2.99	14 (35%)	Leve
3-3.99	5 (12.5%)	Moderado
4-5	0 (0%)	Grave

Fuente: elaboración propia

Prevalencia de depresión y de estrés en los cuidadores primarios informales.

Con el objeto de hallar la prevalencia de depresión y de estrés en los cuidadores informales de

pacientes con trastorno afectivo bipolar, se utilizó la siguiente fórmula:

Prevalencia de Depresión (de punto) es igual al número total de casos existentes en el tiempo, sobre el total de población en el tiempo.

Así, se encontró que, con respecto a la depresión la prevalencia entre estas personas es de 0,625, tal y como puede observarse a continuación:

Prevalencia de depresión: 25/40 = 0,625

Y con respecto al estrés, la prevalencia entre estas personas es de 0,475, tal y como puede observarse a continuación:

Prevalencia de estrés diario (de punto): 19/40 = 0.475

En general, los resultados encontrados arrojan que la prevalencia de la depresión es mayor en la población de cuidadores primarios informales, que el estrés diario.

Discusión

En la muestra estudiada hubo presencia tanto de depresión como de estrés diario, siendo mayor la prevalencia para la primera. Según Miranda, Gutiérrez y Escobar (2000), la prevalencia del trastorno depresivo en cuidadores primarios varía del 8 al 25% en la población mundial. Estos mismos autores mencionan, en un estudio realizado por el Ministerio de Salud en 1997, que en la población colombiana la prevalencia es de 19,6% para la población general de cuidadores, sin especificar los datos con respecto al cuidador primario. Los resultados del presente estudio indican que el 82,5% de los participantes presentan algún grado de depresión.

En cuanto a la caracterización de la población y en relación con la depresión, se encontró:

1. *Con respecto a la edad*, los cuidadores primarios con edades entre 46 y 55 años no presentan depresión. Estos resultados concuerdan con los

de Miranda, Gutiérrez y Escobar (2000), quienes afirman que el rango de edad con mayor presencia de depresión se sitúa entre los 20 y los 45 años en la población colombiana, aunque no se especifica al cuidador primario, y a su vez contradicen los de Muñoz (1999), quien indica que el inicio de la depresión en el cuidador primario se produce antes de los 40 años en el 50% de los individuos, y los de Crespo (2003), quien afirma que la edad media de los cuidadores que están afectados por enfermedad mental sobrepasa los 50 años.

Asimismo, hay un porcentaje representativo de los participantes (45%) menores de 40 años, y esto podría sugerir un acuerdo con el planteamiento de Muñoz (1999) de considerar la vulnerabilidad biológica a la depresión en estas personas. Futuros estudios podrían generarse con esta inquietud, preferiblemente aquellos de tipo retrospectivo y longitudinal que permitan establecer la aparición y modificación de esta variable en el tiempo.

En relación con este último hallazgo, también habría que anotar que, según este mismo autor, los cuidadores primarios presentan síntomas depresivos previos o manifestaciones subclínicas antes del desarrollo de un episodio franco, lo cual supone que una identificación temprana de síntomas junto con un manejo a tiempo, permitirían mejorar el pronóstico. Así, cabría considerar la depresión leve de estos cuidadores como una señal de alerta que amerita seguimiento.

Por otra parte, no puede obviarse que esta condición depresiva suele cronificarse, con las respectivas consecuencias que esto puede generar (Muñoz, 1999), más aún si se considera el planteamiento de Mattos (2000), quien afirma que la depresión en cuidadores primarios está asociada con pobres niveles de funcionamiento social, profesional y familiar, y señala además que el pronóstico en la depresión es pobre, dado que deben considerarse las comorbilidades del Eje I del DSM –IV (1994). El 68% de los cuidadores primarios pasan a presentar depresión mayor, el 26% sufre de pánico, el 68% algún tipo de ansiedad y el 24% de abuso de sustancias.

Igualmente, debe considerarse el posible factor de vulnerabilidad tanto biológica como psicológica de estas personas, lo que hace aún más relevante la hipótesis de considerar estos niveles de depresión como una señal de alarma.

2. *En relación con el sexo*, tanto hombres como mujeres presentan depresión leve, aunque en mayor grado los primeros, lo que contradice a Miranda, Gutiérrez y Escobar (2000), quienes plantean que la depresión se presenta en una relación hombre – mujer de 1:2 en la población en general.
3. *En cuanto al estado civil*, en este estudio se encontró que la depresión es independiente del estado civil, a excepción del participante viudo, lo que contradice el planteamiento de Miranda, Gutiérrez y Escobar (2000), según el cual las personas divorciadas y solteras tienen mayor riesgo de sufrir trastornos depresivos.
4. *Al relacionar los antecedentes de enfermedad médica con depresión*, se encontró que tanto los que poseen antecedentes como los que no, presentan depresión leve, siendo levemente mayor en los que tienen antecedentes. Laserna et ál. (1997), Rodríguez del Álamo (2002), Muela, Torres y Peláez (2002) y Artaso, Goñi y Biurrun (2003) afirman que los familiares de cuidadores primarios de un enfermo suelen tener peor salud que los miembros de la familia no cuidadores y corren riesgo de sufrir mayor incidencia (cifras globales de cerca del 70%) de problemas orgánicos y fisiológicos.
5. *Al tener en cuenta los antecedentes de enfermedad mental en el cuidador primario*, se observa que, tanto el que tiene antecedentes como el que no, presentan depresión leve, siendo levemente mayor la del cuidador primario con antecedentes de enfermedad mental. Al respecto, Miranda, Gutiérrez y Escobar (2000) señalan que también se ha encontrado mayor riesgo de depresión en personas con antecedentes familiares de trastornos afectivos y, específicamente, con experiencias infantiles relacionadas con situaciones de muerte parental temprana y medio familiar caótico, con eventos vitales tales como la ausencia de bases de aseguramiento afectivo, pobre

apoyo social y ambiente traumático, siendo estos tres últimos los que se aplican en la figura del cuidador primario.

6. *En cuanto a los momentos de acompañamiento del cuidador a su familiar con trastorno afectivo bipolar*, se presenta depresión moderada durante la hospitalización, mientras que la depresión leve se presenta en la crisis y en los periodos anteriores y posteriores a la hospitalización. Miranda, Gutiérrez y Escobar (2000) identificaron que en cuidadores primarios con depresión, existe un mayor número de eventos considerados como estresantes en el periodo que antecede al episodio depresivo. Se debe aclarar que tales eventos previos no son causa necesaria ni suficiente para la aparición de un cuadro depresivo. Su importancia relativa es mayor en los periodos iniciales de la enfermedad mental.

7. *En cuanto al tiempo que llevan desempeñando el rol de cuidador primario*, se encuentra que cuando este periodo es menor a cinco años, no se presenta depresión, pero posterior a este tiempo, cinco años, la depresión que se presenta es leve. De acuerdo con el National Institute of Mental Health (2001), distintos cuidadores primarios pueden tener depresión de maneras diferentes. Algunos padecen durante meses de un estado general de tristeza de baja intensidad, mientras que otros experimentan un cambio negativo súbito e intenso en su estado de ánimo. El carácter y la intensidad de los síntomas varían según la persona y pueden cambiar a lo largo del tiempo.

No hay antecedentes teóricos o empíricos que apoyen o desvirtúen los resultados obtenidos en cuanto a la escolaridad y la ocupación del cuidador primario, y el número de hospitalizaciones del paciente con enfermedad mental, asociados a la depresión.

El estrés diario también estuvo presente en la población de cuidadores primarios, siendo su prevalencia menor a la depresión. De hecho, un estudio de Holmgren et al. (2005) demuestra que en el 84% de la muestra de estudio hay presencia de factores estresantes: (1) cansancio físico, emocional y agotamiento (84%); (2) sentimientos de soledad, rechazo y desánimo,

y se han sentido desamparados frente a la enfermedad de su familiar (56%); (3) disminución de sus actividades sociales por dependencia emocional muy intensa del paciente bipolar hacia el cuidador, y al temor de este último de dejar solo al paciente por sus fluctuaciones de ánimo (64%), y (4) algunos percibieron conductas de manipulación del paciente con el objeto de atraer atención sobre sí. Estos mismos autores indican que muchos de los cuidadores que estudiaron, reportaron haber recurrido en alguna oportunidad a un especialista, psiquiatra o psicólogo, para que les ayudara a sobrellevar la carga emocional derivada de la presencia del paciente con trastorno bipolar en la familia.

Con respecto a las dificultades que se presentaron para el desarrollo de este estudio, estuvo la ausencia de antecedentes empíricos de estrés diario y depresión en cuidadores primarios informales de pacientes diagnosticados con trastorno afectivo bipolar, lo que dificulta la contrastación de los resultados obtenidos.

Dado que este estudio no pretendía conocer si la depresión y el estrés eran consecuencia del cuidado del paciente con trastorno mental severo, sino exclusivamente determinar la prevalencia de estas dos variables en los cuidadores primarios informales, surgen varias inquietudes:

- En primer lugar, es necesario investigar sobre las causas de la depresión y el estrés en esta población y determinar su relación con el cuidado mismo del paciente.
- En segundo lugar, es fundamental realizar estudios de tipo longitudinal, que permitan definir la evolución de la depresión y del estrés en estos cuidadores.
- En tercer lugar, se considera que sería de gran valor conocer los momentos críticos para el desarrollo de la depresión y del estrés en esta población, con el objeto de realizar intervenciones dirigidas a la prevención del cuadro depresivo y del estrés.
- En cuarto lugar, debido a que las pruebas arrojan niveles muy bajos de depresión y de estrés en estos cuidadores primarios, sería interesante considerar la posibilidad de que

estas no sean lo suficientemente sensibles para el estudio de la variable en esta población, y contemplar la probabilidad de adaptar instrumentos para esta, además de realizar otro tipo de evaluación que permita definir si en realidad los niveles de depresión y estrés son tan bajos.

- En quinto lugar, si realmente se confirmaran los resultados de este estudio sobre la prevalencia de estrés y de depresión en cuidadores primarios informales del paciente con enfermedad mental severa, específicamente con trastorno afectivo bipolar, entonces sería importante revisar las estrategias de afrontamiento de estas personas para poder mantener una salud mental relativamente aceptable, pese al desgaste del cuidado de este tipo de pacientes.
- En sexto lugar, sería muy interesante medir la presencia y describir la manifestación del síndrome de agotamiento profesional, ya no en cuidadores informales sino formales; pero, igualmente, diseñar instrumentos que permitan identificar el síndrome de desgaste en el cuidador primario informal.
- En séptimo lugar, es necesario considerar que la depresión ha estado fuertemente vinculada a la conducta e ideación suicidas (Moscicki, 1997). Si bien los niveles de depresión hallados en estas personas no son significativos, sí existen y, por tanto, habría que considerar la prevención de estas conductas autolíticas, más aún si se considera el planteamiento de Maris (1997), quien indica que al profundizar en los factores de riesgo que implican a la familia y al medio social en el fenómeno de suicidio, se tiene en cuenta, por un lado, la posibilidad de la existencia de un historial de suicidios en la familia y, por el otro, la falta

de interacción social y aquellas relaciones negativas para el sujeto.

Aquellos vínculos capaces de producir tensión en el individuo, también pueden encontrarse asociados con el suicidio. Es bien sabido que los cuidadores primarios suelen estar aislados, tener conflictos con su familia y otros significantes por su incapacidad para delegar funciones, lo que genera tensión adicional a la del cuidado de una persona mentalmente discapacitada. Por consiguiente, el suicidio debe considerarse como un objetivo de trabajo con estas personas.

- En octavo lugar, es necesario considerar que las personas que fueron identificadas con depresión moderada y estrés moderado y severo, deben recibir atención especializada y, por consiguiente, es preciso contemplar que la ausencia de programas para esta población, cuyos objetivos estén dirigidos a lograr un mayor ajuste, adaptación y manejo de la enfermedad mental de su paciente, pueden estar favoreciendo la aparición de consecuencias nocivas para esta población de cuidadores y, asimismo, desmejorando su calidad de vida, lo que implica que se sientan y sean menos competentes para el cuidado eficaz del paciente.

El paciente con trastorno afectivo bipolar exige una significativa dedicación y el perfeccionamiento de las conductas de tolerancia y respeto. Esto implica que la población que asume el rol de cuidador primario de pacientes con enfermedad mental crónica, en general, debería considerarse una población blanco de estudio obligado para la psicología. Todos los esfuerzos que se realicen en pro de la consecución de información y la producción de esta, van a redundar en el incremento de la calidad de vida de estas personas.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV*. Washington, D.C.: APA.
- Artaso, B., Goñi, A. y Biurrun, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38, (4), 212-218.
- Bayés R., Arranz, P., Barbero J. y Barreto P. (1997). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina Paliativa*, 3, 114-121.
- Crespo, A. (2003). *Enfermedad mental crónica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Durán, M. (1999). *El cuidado de la salud de puertas para adentro*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Goode, K. T., Haley, W. E., Roth, D. L. & Ford, G. R. (1998). Predicting longitudinal changes in mental health. *Health Psychology*, 17, 190-198.
- Han, B. & Haley, W. E. (1999). Family caregiving for patients with stroke: review and analysis. *Stroke*, 30, 1478-1485.
- Heru, A. M., & Ryan, C. E. (2004). Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 83 (2-3), 221-225.
- Holmgren, D., Lermenda, V., Cortes, C., Cárdenas, I., Aguirre, K., y Valenzuela, K. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43 (4), 275-286.
- Kubler-Röss, E. (1993). *La muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Laserna, J. A., Castillo, A., Peláez, E. M., Navío, L. F., Torres, C. J., Rueda, S., Ramírez, M. N. y Pérez, M. (1997). Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicología Conductual*, 5 (3), 365-375.
- Maris, R. W. (1997). Social and familial risk factors in suicidal behavior. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20, 519-550.
- Mattos, P. (2000). Distintas variables que influyen sobre la adherencia del paciente al tratamiento. Presentado en la Reunión Panamericana de Líderes de Opinión, Guías para el Tratamiento a Largo Plazo de la Depresión, Chicago, Estados Unidos, mayo.
- Miranda Bastidas, C. A., Gutiérrez Segura, J. C., Bernal Buitrago, F. y Escobar, C. A. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29, 251-260.
- Moscicki, E. K. (1997) Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *The Psychiatric Clinics of North America*. 20, 499-517.
- Muela Martínez, J. A., Torres Colmenero, C. J. y Peláez Peláez, E. M. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 18 (2), 319-331.
- Muñoz Tamayo, R. (1999). Trastornos del estado de ánimo. En: C. Arteaga Pallares y J. Ospina Duque (Eds.), *Recomendaciones Básicas para la Atención de los trastornos Psiquiátricos*. Bogotá: Noosfera Editorial.
- National Institute of Mental Health (2001). *Depression*. Bethesda; MD: NIMH Publication # 00-3561.
- Onwumere, J., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Fowler, D., Freeman, D., Watson, P., y Garety, P. (2008). Caregiving and illness beliefs in the course of psychotic illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (7), 460-468.
- Rodríguez del Álamo, A. (2002). Factores de riesgo de sobrecarga en los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Alzheimer*, 28, 34-36.
- Santed, M.A., Chorot, P., y Sandín, B. (1991). *Cuestionario de estrés diario*. Madrid: UNED.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos para el inventario de depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C. O., Acrich, L. y Bail Pupko, V. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 55-65.

Yanguas Lezaun, J. J., Leturia Arrazola, F. J. y Leturia Arrazola, M. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del Psicólogo*, 76. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=836>

Fecha de recepción: marzo de 2008
Fecha de aceptación: septiembre de 2008