



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**“Intervención cognitivo-conductual para tratar
ansiedad, sobrecarga y funcionalidad familiar en
cuidadores primarios de pacientes en hemodiálisis”**

Tesis que para obtener el grado de:

MAESTRA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD

Presenta:

LIC. EN PSIC. IRENE LÓPEZ HERNÁNDEZ

Director(a) de Tesis

DR. DAVID LÓPEZ ROMERO

San Agustín Tlaxiaca, Hgo. Abril del 2022



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud

Área Académica de Medicina

22/marzo/2022
AAMMCBS/051/2022

Asunto: Asignación de Jurado de Examen

Irene López Hernández
Alumna de la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud

Por este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada "Intervención cognitivo-conductual para tratar ansiedad, sobrecarga y funcionalidad familiar en cuidadores primarios de pacientes en hemodiálisis" con el cual obtendrá el Grado de Maestra en Ciencias Biomédicas y de la Salud; después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma.

A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

PRESIDENTE	Dr. Eduardo Guzmán Olea
PRIMER VOCAL	Dr. David López Romero
SECRETARIO	Dra. Dayana Luna Reyes
SUPLENTE	Dr. Abel Lerma Talamantes
SUPLENTE	Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

Sin otro asunto en particular, reitero a usted la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

M.C. ESP. ADRIÁN MOYA ESCALERA
DIRECTOR

DRA. LYDIA LÓPEZ PONTIGO
COORDINADORA DE POSGRADO ICSA

DR. MANUEL SÁNCHEZ GUTIÉRREZ
COORDINADOR DEL PROGRAMA

Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n Carretera
Pachuca-Acapulco, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo.
México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 99 Ext. 4308, 2361, 4346, 4310
medicina@uaeh.edu.mx



www.uaeh.edu.mx

Para el desarrollo del presente estudio de maestría, se contó con una beca de manutención otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), número de beca 1006439.

Un atento agradecimiento al centro integral de nefrología (CEIN) de Tulancingo, Hidalgo. A todo el personal que ahí labora, por brindarme la oportunidad de crecimiento personal y profesional.

Dedicatoria

A todos mis seres queridos, familiares y amigos, con especial afecto a mis padres, que han sido la motivación de mi vida apoyándome en todo momento para la conclusión de mis estudios de posgrado.

Agradecimientos

Al Dr. David López Romero por ser mi guía en la elaboración de esta tesis, por su valiosa dirección, apoyo y motivación a lo largo de este trayecto.

A los miembros de mi comité, Dra. Dayana Luna Reyes, Dr. Abel Lerma Talamantes, Dra. Rebeca Guzmán Saldaña y Dr. Eduardo Guzmán Olea, por su profesionalismo, compromiso y por las fundamentales aportaciones que enriquecieron este escrito.

A mi familia, por motivarme a crecer personal y profesionalmente, por todo el amor, comprensión y compañía.

A cada uno de los cuidadores que fueron parte de este proyecto, gracias por la confianza y disposición a participar en este proyecto.

A todos aquellos que fueron parte de este logro académico de inicio a fin.

¡Gracias!

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	I
INDICE DE TABLAS	IV
ABREVIATURAS	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
I. INTRODUCCIÓN	7
II. ANTECEDENTES	8
2.1 Generalidades	8
2.1.1 <i>Enfermedad renal crónica</i>	8
2.1.1.1 <i>Etiología de la enfermedad</i>	9
2.1.1.2 <i>Epidemiología mundial</i>	9
2.1.1.3 <i>Epidemiología nacional</i>	11
2.1.1.4 <i>Factores de riesgo</i>	12
2.1.1.5 <i>Hemodiálisis</i>	13
2.1.1.6 <i>Mortalidad en pacientes con diálisis</i>	13
2.1.1.7 <i>Complicaciones para la vida del paciente con ERC en hemodiálisis</i>	14
2.1.1.8 <i>Funcionalidad y dependencia del paciente</i>	15
2.1.2 <i>El cuidador y el cuidado</i>	16
2.1.2.1 <i>Cuidadores formales</i>	16
2.1.2.2 <i>Cuidadores primarios</i>	17
2.1.2.3 <i>El cuidador del paciente con ERC</i>	17
2.1.3 <i>Consecuencias en el CP del paciente con ERC en hemodiálisis</i>	18
2.1.3.1 <i>Definición de ansiedad</i>	19
2.1.3.1.1 <i>Ansiedad y cuidador primario</i>	19
2.1.3.2 <i>Definición de sobrecarga</i>	20
2.1.3.2.1 <i>Sobrecarga y cuidador primario</i>	20
2.1.3.3 <i>Definición de funcionalidad familiar</i>	21
2.1.3.3.1 <i>Funcionalidad y cuidador primario</i>	21
2.1.4 <i>Intervención para cuidadores</i>	21
2.1.4.1 <i>Intervención cognitivo-conductual y sus características</i>	22
2.1.4.2 <i>Aplicación de Intervención cognitivo-conductual en cuidadores</i>	23
2.2 <i>Antecedentes del problema</i>	24
2.2.1 <i>Estudios a nivel internacional</i>	24
2.2.2 <i>Estudios a nivel nacional</i>	27

2.3	Marco teorico	28
III.	JUSTIFICACIÓN.....	29
IV.	HIPÓTESIS	30
V.	OBJETIVOS.....	30
5.1	Objetivo General	30
5.2	Objetivos específicos	30
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS	31
6.1	Tipo de estudio.....	31
6.2	Definición de variables (dependientes e independientes)	32
6.3	Participantes	33
6.3.1.	<i>Criterios de inclusión</i>	33
6.3.2.	<i>Criterios de exclusión</i>	33
6.4	Instrumentos.....	34
6.4.1	<i>Historias clínicas</i>	34
6.4.2	<i>Cuestionario de datos del cuidador</i>	34
6.4.3	<i>Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI)</i>	34
6.4.4	<i>Escala de carga del cuidador Zarit</i>	34
6.4.5	<i>Apgar Familiar</i>	35
6.4.6	<i>Análisis estadísticos</i>	35
6.4.7	<i>Procedimiento</i>	36
6.5	Consentimiento informado	37
6.6	Aspectos éticos.....	37
VII.	RESULTADOS	38
7.1	Descripción de la muestra	38
7.1.1	<i>Edad, tiempo en años de cuidado y horas de relevo</i>	40
7.1.2	<i>Ansiedad</i>	41
7.1.3	<i>Funcionalidad familiar</i>	41
7.1.4	<i>Sobrecarga</i>	42
7.2	Resultados de evaluación pre y post intervención.....	42
7.2.1.	<i>Ansiedad</i>	42
7.2.2.	<i>Funcionalidad familiar</i>	43
7.2.3.	<i>Sobrecarga del cuidador</i>	43
7.3.	Prueba T de Wilcoxon entre pre y post evaluación de variables.....	44

7.4.	Prueba U de Man-Whitney entre GE y GC de variables.....	45
VIII.	DISCUSIÓN.....	46
8.1	Ansiedad en cuidadores primarios	48
8.2.	Sobrecarga en cuidadores primarios	48
8.3.	Funcionalidad familiar en cuidadores primarios	49
8.4.	Intervención cognitivo-conductual.....	50
IX.	CONCLUSIONES.....	51
X.	RECOMENDACIONES	52
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	53
XII.	ANEXOS.....	62
	Anexo 12.1. Manual de intervencio cognitivo-conductual	62
	Anexo 12.2. Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI).....	94
	Anexo 12.3. APGAR Familiar	95
	Anexo 12.4. Escala de sobrecarga del cuidador ZARIT	96
	Anexo 12.5. Consentimiento informado para cuidadores primarios.....	97
	Anexo 12.6. Cuestionario de cuidadores informales de pacientes con ERC.....	98

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1: Características del cuidador (estado civil, género y situación laboral)</i>	38
<i>Tabla 2. Edad del cuidador, tiempo de cuidado y relevo</i>	40
<i>Tabla 3: Relevo del cuidador</i>	40
<i>Tabla 4. Cuidador y nivel de ansiedad</i>	41
<i>Tabla 5. Satisfacción de la funcionalidad familiar mediante APGAR familiar</i>	41
<i>Tabla 6. CP y nivel de sobrecarga</i>	42
<i>Tabla 7. Cuidador y ansiedad</i>	42
<i>Tabla 8. Cuidador y funcionalidad familiar</i>	43
<i>Tabla 9. Cuidador y sobrecarga</i>	43
<i>Tabla 10: Diferencias a lo largo del tiempo (Pre test y Post test) de las mediciones Intragrupo</i>	44
<i>Tabla 11: Diferencias entre GC y GE en las mediciones respecto al tiempo</i>	45

ABREVIATURAS

ERC	Enfermedad Renal Crónica
CP	Cuidador primario
RRR	Reserva renal remanente
OMS	Organización Mundial de la Salud
ZARIT	Cuestionario de sobrecarga del cuidador
BAI	Inventario de ansiedad de Beck
AVD	Actividades de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
GE	Grupo experimental
GC	Grupo control

RESUMEN

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) requieren de cuidados formales e informales o primarios debido a los cambios significativos en hábitos de vida, nivel de funcionalidad y dependencia que surgen desde el diagnóstico y durante el tratamiento. El cuidador primario (CP) del paciente con ERC en terapia de hemodiálisis (HD) es vulnerable a desarrollar malestares físicos, emocionales y psicológicos. El objetivo de este estudio fue verificar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual de 9 sesiones orientada a mejorar los niveles de ansiedad, carga del cuidador y funcionalidad familiar en CP del paciente en HD. Se realizó una evaluación inicial (pre) empleando el inventario de ansiedad de Beck (BAI), Escala de sobrecarga del cuidador (Zarit) y Apgar familiar. Al finalizar la intervención se procedió otra evaluación (post).

Participaron 24 CP (23 mujeres y 1 hombre) distribuidos en 2 grupos: Experimental (n= 12) y Control (n= 12), referidos por el Centro Integral de Nefrología (CEIN) de Tulancingo de Bravo Hidalgo, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia que cumplen con los criterios de inclusión. La mayoría de los CP cuentan con escolaridad a nivel primaria (48%), que trabaja además de cuidar (33.3%) y el 37.5% de ellos no recibe apoyo o relevo.

Los resultados muestran una diferencia significativa en la variable ansiedad: grupo experimental (GE) ($p=.004$), grupo control (GC) ($p=.007$); y sobrecarga: grupo experimental (GE) ($p=.002$); grupo control (GC) ($p=.009$) entre las evaluaciones de pre y post realizada con una prueba T de Wilcoxon. Finalmente, una U de Mann-Whitney en el que se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y control en función del puntaje de ansiedad con una $U= 29.5$, $p= 0.014$.

Palabras clave: Ansiedad, funcionalidad Familiar, carga del Cuidador, intervención cognitivo conductual.

ABSTRACT

Patients with chronic kidney disease (CKD) require formal and informal or primary care due to the significant changes in lifestyle, level of functionality and dependence that arise from diagnosis and during treatment. The primary caregiver (PC) of the CKD patient on hemodialysis (HD) therapy is vulnerable to developing physical, emotional and psychological discomfort. The objective of this study was to verify the efficacy of an 8-session cognitive behavioral intervention aimed at improving anxiety levels, caregiver burden, and family functionality in PC of patients in HD therapy. An initial (pre) evaluation was performed using the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Caregiver Burden Scale (Zarit) and the family Apgar. At the end of the intervention, another evaluation (post) was carried out.

Twenty-four PC (23 women and 1 man) participated, distributed in 2 groups: Experimental (n = 12) and Control (n = 12), referred by the Centro Integral de Nefrología (CEIN) of Tulancingo de Bravo Hidalgo, selected through non-sampling, probabilistic for convenience that meet the inclusion criteria. Most of the CPs have education at the primary level (48%), who work in addition to caring for (33.3%) and 37.5% of them do not receive support or relief.

The results show a significant difference in the anxiety variable: experimental group (EG) ($p = .004$), control group (CG) ($p = .007$); and overload: experimental group (EG) ($p = .002$); control group (CG) ($p = .009$) between pre and post evaluations performed with a Wilcoxon T test. Finally, a Mann-Whitney U in which statistically significant differences were found between the experimental and control groups based on the anxiety score with $U = 29.5$, $p = 0.014$.

Keywords: Anxiety, family functionality, caregiver burden, cognitive behavioral intervention.

I. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad con alta mortalidad, discapacidad y representa un problema de salud pública para México y el mundo por sus complicaciones, costos y repercusiones a la calidad de vida del enfermo. El presente estudio permite validar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para disminuir ansiedad y sobrecarga en el cuidador, así como alcanzar niveles óptimos de funcionalidad familiar.

La hemodiálisis es un tratamiento que debe realizar el enfermo de por vida y que deberá adoptarlo a su vida diaria. Este tratamiento es costoso, sobre todo si el paciente no cuenta con seguridad social. Además, que no está fácilmente disponible en países en desarrollo debido a la falta de infraestructura para cubrir la demanda de la población. Por estos motivos u otros, también sucede que el paciente prefiera evitar el tratamiento de hemodiálisis debido a la falta de recursos económicos o falta de cuidador.

Estudios previos enfocados a la evaluación psicológica del CP demuestran que efectivamente llegan a desarrollar síntomas físicos y psicológicos. En México y en el mundo se ha asignado a la mujer el rol de cuidado, no significa que la mujer sea la única encargada del cuidado, sin embargo, es evidente que a un alto porcentaje se le ha encomendado esta labor.

Los resultados de esta investigación amplían el conocimiento de las necesidades del CP además de proponer una intervención efectiva para atender ansiedad, sobrecarga y funcionalidad familiar, ya que, aunque existen investigaciones que describen el perfil del cuidador, son muy escasas las que proponen intervenciones.

II. ANTECEDENTES

2.1 Generalidades

2.1.1 Enfermedad renal crónica.

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema de salud pública en México y el mundo debido a que es un impulsor de morbilidad y mortalidad prematura, representa una alta carga a la población afectada, a sus cuidadores, a los sistemas de salud de los sectores públicos y privados y a través de fronteras geográficas y demográficas.¹⁻³ Es considerada, la segunda causa de años vida perdidos más importante en Latinoamérica.⁴

Se caracteriza por una disminución irreversible de la función renal, una disminución de la tasa de filtrado glomerular (TFG) por debajo de 60 ml/min aunado a anormalidades estructurales y funcionales presentes por más de tres meses, que puede ser mortal en ausencia de diálisis o trasplante, se clasifica en 5 diferentes estadios de acuerdo con la TFG y la albuminuria (Etapa I >90, Etapa II 89-60, Etapa III 59-30, Etapa IV 15-29 y Etapa V <15).⁵

Es un trastorno de origen multifactorial y asociado a enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión que son de alta prevalencia en población mexicana que impacta a la salud pública con una alta demanda de recursos económicos, humanos y de infraestructura necesarios para el tratamiento. Existen tres opciones terapéuticas: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal.⁶

La hemodiálisis (HD) se realiza conectando al paciente a un dializador para que las sustancias tóxicas de la sangre se difundan en el líquido de diálisis, posteriormente la sangre libre de toxinas vuelva al organismo a través de una vena canulada. Este procedimiento dura aproximadamente 4 horas, 2 o 3 veces por semana y se efectúa en centros especializados.⁷

La enfermedad renal es mucho más costosa que otras enfermedades. La detección de personas de alto riesgo, la educación de los pacientes y el inicio de tratamiento en etapas tempranas son importantes para controlar los costos de atención médica.⁸

2.1.1.1 *Etiología de la enfermedad*

La ERC generalmente inicia sin que el portador lo sepa, la ausencia de síntomas en la etapa temprana se debe a que la reserva renal remanente (RRR) aparenta salud en la persona, aun cuando exista un deterioro de hasta el 70%.¹

La diabetes y la hipertensión son las 2 principales causas de la ERC en todos los países de ingresos altos y medios, y en muchos países de ingresos bajos. (1) Pero no son las únicas causas, también puede ser por Glomerulonefritis, Enfermedades hereditarias, Enfermedad renal poli-quística, Lupus, Obstrucciones causadas por problemas como uréteres de formas anormales, cálculos renales, tumores, agrandamiento de la glándula prostática en los hombres, repetición de infecciones del tracto urinario.¹⁰

2.1.1.2 *Epidemiología mundial*

La incidencia, prevalencia y progresión de la ERC varían dentro de los países según el origen étnico y los determinantes sociales de la salud, posiblemente a través de la influencia epigenética.⁹

Hill y colaboradores en 2016 realizaron una revisión sistemática y meta análisis de estudios observacionales para estimar la prevalencia de la ERC a nivel mundial por etapa, ubicación geográfica, sexo y edad. En el que se encontró que la ERC tiene una alta prevalencia global estimada constante de ERC de entre 11 y 13% con la mayoría en estadio 3.¹¹

La prevalencia de la ERC incrementa con la edad, se sabe que el sexo masculino representa el 95% de los casos, en cuanto a ubicación geográfica, los países desarrollados son los que muestran mayor prevalencia.¹² Los cambios demográficos proyectados en todo el mundo aumentará el número de personas con ERC en países en desarrollo donde la población de ancianos está en aumento.

Un reporte efectuado por la GBD en 2015 estima que en 1990 hubo, en promedio, 592 921 muertes en el mundo, que para 2013 aumentaron a 1 234 931 (progresión de

108.28%). La tasa de muerte para todas las edades por ambos sexos a nivel mundial acrecentó de 11.18 a 16.75 por 100 000 habitantes en el mismo periodo.¹³

De acuerdo con estimaciones efectuadas, la ERC en el 2015 representó el 1.24% de todas las muertes a nivel mundial, el 1.62% del total de años de vida perdidos, así como el 1.04% del total de años vividos con discapacidad y el 0.84% del total de años de vida ajustados por discapacidad. En la región de América Central, 4.6% de todas las muertes fue por ERC.¹³

El envejecimiento es un significativo factor que ha aumentado la prevalencia de la ERC. Al realizar el análisis con respecto al porcentaje total de muertes relacionado con las edades se observa que las distribuciones de las curvas son diferentes, aunque los picos máximos se alcanzan a las edades de entre 55 y 65 años. Al comparar la diferencia de grupos de edad por causa que origina las muertes tenemos que la diabetes, como causa de daño renal, ha tenido mayor progresión. Visualizando que por un paciente de 15 a 49 años que muere por ERC/DM, mueren 19 pacientes de 50 a 69 años, y 58 pacientes de 70 o más años.¹³

A nivel mundial la incidencia de ERC aumentó en un 89%, la prevalencia aumentó en un 87%, la muerte por ERC aumentó en un 98% y los AVAD (Años de vida ajustados por discapacidad) aumentaron en un 62% de 1990 a 2016. Las medidas de carga variaron principalmente según el nivel de desarrollo y la geografía. Los análisis de descomposición revelaron que el aumento de ERC AVAD fue promovido por el crecimiento y el envejecimiento de la población. En gran parte de las regiones de estudio de la Carga Global de Enfermedad, las tasas de AVAD estandarizadas por edad redujeron, excepto en América del Norte de ingresos altos, América Latina Central, Oceanía, África Subsahariana del Sur y Asia Central, donde el aumento de la carga de ERC debido a la diabetes y, en menor medida, la ERC debido a la hipertensión y otras causas sobrepasaron la carga esperada por la expansión demográfica. La mayor parte de la carga de ERC 63% se registró en países de ingresos bajos y medianos bajos.¹⁴

El costo global de la ERC es sustancial y elevado en los últimos 27 años; la muerte y la discapacidad a causa de la ERC han aumentado, en gran parte promovidas por el crecimiento y el envejecimiento de la población. La diabetes seguida de la hipertensión

fueron los principales impulsores de la ERC a nivel mundial. Hubo una variación significativa en las tendencias demográficas y epidemiológicas entre las regiones geográficas, y la carga de la ERC se inclina más hacia las economías menos desarrolladas con un desempeño subóptimo del sistema de salud.¹⁴

La prevalencia de la ERC en Estados Unidos, ha aumentado constantemente año tras año en todas las etapas de la ERC, así lo informa el análisis de datos de Medicare. De 2016 a 2017, la proporción de pacientes con ERC reconocida aumentó del 13,8 % al 14,5 %.¹⁵

2.1.1.3. Epidemiología nacional

No existe información precisa acerca de la ERC, debido a que no hay en el país un registro nacional centralizado de casos de padecimientos renales para caracterizar y determinar la incidencia, prevalencia, costos, plan de acción y recursos. Muchas de las muertes ocasionadas por esta enfermedad quedan ocultas y reportadas como muertes por enfermedades cardiovasculares.¹

Datos del INEGI en 2019 demuestran que la defunción por insuficiencia renal (IR) comienza a aparecer entre las diez principales a partir de los 45 años. Se registraron 14 630 decesos por IR de los cuales 6 359 (43.5%) son mujeres y de 8 271 (43.5%) hombres. Las muertes por insuficiencia renal crónica representan el 75.2% con 11 003 sucesos.¹⁶

La atención de la ERC en México carece de infraestructura y recursos para satisfacer a la población, en especial en el campo de la nefrología para el servicio de hemodiálisis.¹⁷ Es considerada la enfermedad crónica olvidada¹⁸, por lo que la OMS en el 2018, planificó acciones para la medición, prevención y tratamiento en todos los grupos de edad para reducir la carga de dicha enfermedad en las generaciones futuras.¹⁹

La ERC en México impacta a la economía de las familias y a las instituciones de salud, se estima que en el año 2014 el gasto anual promedio por persona para esta patología en la secretaria de salud fue de 8,966 USD y en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de 9,091 USD.²⁰

En México la ERC por diabetes mellitus (ERC/DM) y la ERC por hipertensión arterial sistémica (ERC/HAS) pasaron de ser el 2.32% de todas las causas en 1990, a ser el 6.57% de todas las causas. En 1990 la ERC/ DM ocupó el lugar 19 como causa de muerte y la ERC/HAS el lugar 20. En el 2015 la ERC/DM ocupó el tercer sitio (tasa de 34.7/100 000) y la ERC/HAS el décimo sitio (tasa de 11.98/100 000), representando una progresión en 25 años de 82.77% para la ERC/HAS y del 419.34% para la ERC/DM.¹³

Pocos países latinoamericanos tienen registro y reportes sobre incidencia y prevalencia de la insuficiencia renal crónica de manera regular. En ocasiones encontramos reportes de tasas provenientes de una sola región o provincia, tal es el caso de un estudio publicado en 2013 en el que se necesitaba una estimación de prevalencia e incidencia de la enfermedad crónica en México, debido a la falta de registro, se ocuparon datos del estado de Jalisco, y que posteriormente se extrapolan a México.²¹

2.1.1.4. Factores de riesgo

Algunos de estos factores tienen mecanismos fisiopatológicos comunes: la proteinuria y la hiperfiltración glomerular.

Por otro lado, también existen las condiciones no modificables: raza, edad, sexo y bajo peso al nacer. Otro de los factores de riesgo son las alteraciones comórbidas que directa o indirectamente inducen daño renal: diabetes, obesidad, hipertensión arterial, tabaquismo, hiperuricemia, hipoalbuminemia y enfermedad vascular. Los factores de riesgo de progresión de la ERC por alteraciones inherentes son: anemia, acidosis metabólica y alteraciones del metabolismo mineral.^{22, 23}

Identificar estos factores de susceptibilidad e inicio en grupos vulnerables a desarrollar el daño renal, permite la intervención terapéutica en su fase temprana.²⁴

2.1.1.5. *Hemodiálisis*

Consiste en una serie de procedimientos y técnicas, algunas de ellas complejas, en las que intervienen equipos de tecnología avanzada, el uso de planta de tratamiento de aguas, monitores, etc., administración de medicamentos y vigilancia del tratamiento. Esta intervención va dirigida a pacientes con comorbilidades y generalmente edad avanzada, los cuidados de salud son intensos por lo que hay mayor riesgo de sufrir complicaciones importantes.²⁵

El cuidador y paciente deben tener en cuenta que la hemodiálisis es un tratamiento que deberá realizar el enfermo renal de por vida y adoptarlo en su rutina diaria, ya sea que lo realice en un centro hospitalario o en otro caso que esto no sea suficiente o adecuado para él y su solución sea el trasplante renal.²⁶

La diálisis no es únicamente costosa, sino que puede no estar fácilmente disponible en los países en desarrollo. Sucede que, en países altamente desarrollados, muchos pacientes pueden preferir diferir o evitar la diálisis.²⁷

2.1.1.6. *Mortalidad en pacientes con diálisis*

Siendo la insuficiencia renal un problema de salud público mundial, el cual se estima continúe preocupando su número de casos debido al aumento de estos números, especialmente aquellos que asisten a hemodiálisis, alguna de las complicaciones que son de mayor incidencia se agrupan en: 1. Las asociadas al procedimiento, 2. Las asociadas al balance o equilibrio de valores en el paciente, y 3. Las asociadas a agentes externos como virus o bacterias, cada una de estas categorías requiere su seguimiento y control, donde el personal médico y de la enfermedad tiene un papel fundamental en el conocimiento, manejo y control de todos los factores descritos para evitar o disminuir las complicaciones identificadas y controlables, en especial las cardiovasculares, diabetes, hipervolemia y nefropatía obstructiva, a través de los controles clínicos establecidos.²⁸

Un estudio realizado en Perú demuestra que la mortalidad precoz en pacientes con ERC que iniciaron diálisis por emergencia fue de 9,3%, e identifica que el principal factor de riesgo fue iniciar hemodiálisis con una TFGe $>10 \text{ mL/min/1,73m}^2$.²⁹

2.1.1.7. *Complicaciones para la vida del paciente con ERC en hemodiálisis*

Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal requieren terapias de reemplazo renal (TRR) en este trayecto experimentan un cambio de hábitos por lo que es importante valorar los niveles de ansiedad, fatiga, calidad de vida, entre otros.³⁰

Implica un deterioro gradual que requiere hospitalización, en consecuencia, el paciente expresa desánimo debido a la antelación incierta de la muerte, en este caso, hay una complejidad en la toma de decisiones, hay pacientes que se abstienen a la hemodiálisis³¹, a mayor existencia de incertidumbre menor es el cumplimiento del autocuidado por lo que necesitara de la provisión de cuidado.³²

El deterioro progresivo de la función renal, con aparición de trastornos en diversos órganos y sistemas, suele conducir al sedentarismo y deterioro aún mayor de la función muscular. En consecuencia, la inactividad física es un factor perjudicial y agravante que contribuye al deterioro acelerado de la función renal, física, cardiovascular y calidad de vida de los pacientes.³³

La ERC afecta la calidad de vida del paciente, principalmente la dimensión física, realizan cambios en su estilo de vida aunado al tratamiento sustitutivo renal y las complicaciones, hay un deterioro en la función física, emocional, laboral y espiritual. Haciendo una comparativa de las tres opciones terapéuticas de tratamiento, la que más afecta es la hemodiálisis.³⁴

Estudios recientes han demostrado que el tratamiento de hemodiálisis en la ERC afecta tanto la salud y la calidad de vida de los pacientes como de sus cuidadores, se manifiestan cambios significativos en sus emociones, conductas y estado físico. Además de experimentar una carga que afecta el estado de salud general y la calidad de vida del cuidado.³⁵

2.1.1.8. *Funcionalidad y dependencia del paciente*

La pérdida del estado funcional hace referencia a la condición en la que la persona no puede valerse por sí misma.³⁶ Esta alteración puede ser un marcador evidente del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, permite de esta manera su reconocimiento, diagnóstico, pronóstico, intervención y tipo de cuidado.³⁷ La capacidad funcional reducida o ausente contribuye a la hospitalización recurrente y al aumento de la mortalidad en la población general y en pacientes con enfermedades crónicas.^{38,39} La dependencia y discapacidad tienen un efecto negativo significativo en la calidad de vida del paciente con ERC, generando un impacto social y económico importante.^{40,41}

En el campo de las patologías crónicas específicamente la ERC, hay una degeneración en las capacidades físicas y aumento en el nivel de dependencia en un grado moderado, severo o total.⁴² Para el caso de pacientes con amputaciones en extremidades inferiores por patología vascular, requieren de dispositivos de ayuda para la movilización, como silla de ruedas.⁴³ La fatiga y la calidad del sueño tienen un gran impacto en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes de hemodiálisis a largo plazo.⁴⁴

El deterioro funcional está asociado con factores psicológicos como los síntomas depresivos, el deterioro en las AVD (Actividades de la vida diaria) representa un factor de riesgo de supervivencia reducida en hemodiálisis crónica. El deterioro de las actividades fundamentales de la vida diaria, representa un factor de riesgo para la supervivencia reducida en pacientes que se encuentran en proceso de hemodiálisis crónica.⁴⁵

El paciente en hemodiálisis se somete a un tratamiento no curativos y altamente invasivos que implica importantes cambios en el estilo, hábitos y calidad de vida. A menudo se vuelve más frágil y funcionalmente más dependiente, precisando mayor apoyo físico de la familia.⁴⁶ El inicio de diálisis se asocia con una disminución sustancial y sostenida en el estado funcional, esta pérdida se identifica como un fuerte predictor consistente de mortalidad.⁴⁷

Estos pueden ser dependientes moderados, pero en algunos casos presentan alteraciones por lo que requieren equipo asistencial para la movilización, sumado a esto, presenta estados emocionales negativos como depresión y ansiedad.⁴⁸ En pacientes hospitalizados hay una pérdida de capacidad de decisión.⁴⁹

2.1.2. *El cuidador y el cuidado*

La real academia española define el concepto de cuidar como: asistir, poner diligencia, atención, guardar, conservar.³⁶ El término cuidador va adquiriendo varias dimensiones en la medida que se identifica el vínculo de la persona que brinda cuidado y acciones centradas en el concepto de apoyo o ayuda.⁵⁰

El cuidado se encuentra en el centro de problemáticas de bienestar, las crisis de los cuidadores constituyen una crisis de reproducción social que incluso alcanza dimensiones globales, como un asunto social y político.⁵¹

Los cuidadores se pueden clasificar en 2 grupos, los formales e informales o primarios.

2.1.2.1. *Cuidadores formales*

Los cuidadores formales son aquellas personas profesionales, capacitadas para brindar atención de tipo preventiva y asistencial al paciente y a su familia, puede ser que brinde su servicio en el hogar o en instituciones, por ejemplo: enfermeras, Psicólogos, Médicos y toda persona que tenga trato directo con el paciente a cambio de una remuneración, pago o beneficio por su labor.⁵² Generalmente este tipo de cuidador es el que se presenta en menor porcentaje, muy por debajo del cuidador informal.⁵³

2.1.2.2. Cuidadores primarios

El cuidador primario (CP) es aquella persona que realiza cuidados a personas enfermas, discapacitadas o ancianas que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria, administración de tratamiento o acudir a servicios de salud, este rol generalmente lo cubre el/la Esposo/a, hijo/a, familiar cercano o una persona que es significativa para el paciente.^{53,54}

El cuidador primario se ve implicado en un proceso de cuidado totalmente nuevo y complejo cuando el rol es asignado o autoasignado de un día para otro. Mantiene al enfermo en su contexto social y entorno familiar con el fin de minimizar el uso de servicios de cuidados formales proporcionados por instituciones y profesionistas, así como el ingreso a instituciones de cuidado.⁴⁹

El CP percibe que se le está confiando una responsabilidad sin capacitación, educación previa y apoyo, la falta de comprensión del proceso de la enfermedad del paciente que requiere de su cuidado es una causa de preocupación y percibe la carga⁵⁵, es una persona con necesidades que con el tiempo si se descarta la atención las consecuencias serán fatales, ya que los sentimientos de depresión, ansiedad, carga y otros factores emocionales están interrelacionados.^{56,57}

2.1.2.3.El cuidador del paciente con ERC

El CP generalmente es un miembro de la familia del paciente, es vulnerable a desarrollar síntomas psicológicos, de ahí radica la importancia de evaluar, diseñar e implementa intervenciones centradas en el cuidador, para disminuir el impacto⁵⁸, además de promover acciones en apoyo al paciente y su familia.⁵⁹

Pavón Ramírez en 2014, realizó una investigación bibliográfica para dar a conocer la importancia que tiene el cuidado del que cuida y atiende la dependencia del familiar enfermo, hace referencia a 4 fases que atraviesa el cuidador en el desempeño de su rol. La primera fase: concierne al entusiasmo debido a las altas expectativas de superación de la enfermedad.

El segundo: hace referencia al estancamiento, debido a que comienza a manifestarse el cansancio y desilusión. La tercera fase: hace alusión a la frustración, sentimiento de impotencia, salen a flote los sentimientos, el cuerpo resiente y surgen los primeros síntomas de ansiedad. En la cuarta y última fase: el cuidador percibe su rol como una carga de insatisfacción. El cuidador aporta dedicación, tiempo y sobre todo de esfuerzo, asume el compromiso del bienestar del paciente, es importante dedicar un tiempo para cuidar y tiempo para el que cuida. Tomando en cuenta las fases 3 y 4 mencionadas con anterioridad, la presencia de ansiedad y carga del cuidador son un aspecto a evaluar, diseñar e implementar una intervención para evitar consecuencias futuras que afecte la calidad de vida del cuidador.⁶⁰

2.1.3. Consecuencias en el CP del paciente con ERC en hemodiálisis

La labor del cuidador puede ser fatigoso, debido a la carga que perciben a la par del paciente, llevan a cabo progresivamente desafíos físicos, sociales y económicos por lo que es necesario reconocer y mejorar el apoyo a los cuidadores familiares para incrementar la colaboración de los servicios de nefrología y cuidados paliativos desde el comienzo de la diálisis hasta la muerte y el duelo.⁶¹

El CP percibe que se le está encomendando una responsabilidad sin capacitación, educación previa y apoyo, no comprende el proceso de la enfermedad del paciente que requiere de su cuidado causando en él, preocupación.⁵⁵ Es una persona con necesidades que con el tiempo las consecuencias serán fatales si no se atiende, ya que percibe la carga acompañada de sentimientos de depresión, ansiedad, carga y otros factores emocionales interrelacionados.^{56,57}

Para el caso de cuidadores que trabajan, es evidente que en el transcurso del tiempo no pueden equilibrar el trabajo y las tareas de cuidado, lo que resulta una pérdida significativa de ingresos para la empresa, por lo que el CP pierde su empleo.⁶²

2.1.3.1. Definición de ansiedad

La ansiedad es un estado emocional en la que el individuo experimenta miedo en alta intensidad debido a la incertidumbre y ante el temor de una situación que representa una amenaza, ya que se percibe la anticipación de algún evento aversivo.⁶³ Se caracteriza por miedo y ansiedad excesiva, problemas de comportamiento relacionados con síntomas que son lo suficientemente graves como para provocar un malestar o deterioro significativos en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo y otras áreas importantes.

La ansiedad está más orientada hacia el futuro, refiriéndose a la amenaza anticipada percibida, la presentación clínica de la ansiedad y los trastornos relacionados con el miedo generalmente incluye cogniciones asociadas específicas que pueden ayudar a diferenciar entre los trastornos al aclarar el enfoque de la aprehensión, aunque puede ser una emoción normal de alerta, puede convertirse en una problemática al manifestarse en situaciones innecesarias.⁶⁴⁻⁶⁶

Hay condiciones bajo la cual se manifiesta en alto o bajo nivel, en niveles bajos cuando la persona está protegida del estrés debido a niveles altos de resistencia.⁶⁷

De acuerdo al DCM-V encontramos la clasificación: trastornos de ansiedad por separación, por mutismo selectivo, pánico, agorafobia, fobia específica, ansiedad social, ansiedad generalizada, ansiedad inducida por sustancias/medicamentos, ansiedad atribuible a otras condiciones médicas, otros trastornos específicos de ansiedad, trastorno de ansiedad no especificado.⁶⁸

2.1.3.1.1. Ansiedad y cuidador primario

En el tratamiento de hemodiálisis por enfermedad renal, estudio afirma que las características de salud mental de pacientes y cuidadores son similares, pero el cuidador es que recibe menos apoyo social en comparación con el paciente y presenta más predominio de síntomas psicológicos.³⁰

2.1.3.2. Definición de sobrecarga

La carga del cuidador se define como una interacción multidimensional de los problemas físicos, emocionales y económicas experimentadas por el cuidador, es un aspecto importante a estudiar, debido a su complejidad, se requiere valorar las dimensiones e intervenir de manera oportuna para evitar complicaciones en la díada paciente cuidador.⁶⁹⁻⁷⁰

La carga del cuidador tiene consecuencias negativas sobre la salud percibida y la calidad de vida de los cuidadores⁷¹, por lo que es relevante identificar los predictores de la carga del cuidador para identificar a los más susceptibles a la carga, aquellos de mayor riesgo, para que el profesional de salud y servicio de apoyo a cuidadores atienda sus necesidades.⁷²

2.1.3.2.1. Sobrecarga y cuidador primario

Asumir el rol de cuidadores hacia personas con enfermedad renal y en diálisis por tiempo prolongado conlleva a un agotamiento psicológico expresado en inestabilidad emocional, el cuidador se convierte en una persona inoperante, perjudicando su salud propia y del paciente en diálisis.⁷³

Los cuidadores tienen responsabilidades en todas las fases, partiendo desde el diagnóstico de la enfermedad, hospitalización, alta médica y atención domiciliaria, consecuentemente, su carga asistencial aumenta. Son diversos los problemas que enfrenta y, por lo tanto, su calidad de vida se ve deteriorada. Estudios han determinado la carga en cuidadores primarios de pacientes en diálisis, hallando 13% con bajo nivel de sobrecarga, mientras que para diálisis peritoneal un 35%.⁷⁴

La sobrecarga está vigente en la mayoría de cuidadores del paciente en diálisis, prevaleciendo los grados moderado y leve de sobrecarga. El cuidador principal suele ser mujer, esposas e hijas de edad mediana. Se encontró una mayor dependencia y supervivencia del paciente en diálisis y menor apoyo social, estas dos variables con influyentes para la aparición de la sobrecarga.⁷⁵

El cuidador se dedica a satisfacer las necesidades del paciente, de esta manera hay un deterioro en el proveedor y receptor de cuidado. La sobrecarga en este caso se asocia con la calidad de vida en su dimensión física, psicológica y social.⁷⁶

2.1.3.3. Definición de funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar hace referencia a la forma en que la familia contribuye a la salud o enfermedad de sus miembros en el desempeño de sus actividades diarias y funciones básicas, también implica la percepción que tienen sus miembros.⁷⁷

En el seno familiar se establecen los motivos y hábitos afines con el comportamiento implicado en la salud, se producen procesos protectores de salud o desencadenantes del padecimiento, y se desarrollan recursos de apoyo altamente significativo y efectivo.⁷⁸

De acuerdo al marco sociocultural tradicional, la mujer tiene funciones reproductivas y familiares, a ellas se les adjudica la crianza y cuidado tomando el papel de amas de casa, el cuidado tiene un fuerte componente de género.^{79,80}

2.1.3.3.1. Funcionalidad y cuidador primario

Estudios sugieren que el paciente y la familia deben ser evaluados juntos y considerando las características culturales de la población desde un enfoque holístico que resuelva problemas de ambos.⁸¹

2.1.4. Intervención para cuidadores

Las intervenciones tienen el propósito de disminuir los malestares físicos y emocionales que se desarrollan a lo largo del proceso de cuidado. Puede variar el número de sesiones (Que va de 1 a 10) aborda problemáticas en relación con factores psicológicos.⁸²

De acuerdo a estudios previos en cuidadores primarios del paciente con enfermedad renal crónica, principalmente para la evaluación de sobrecarga y ansiedad. Recomiendan lo siguiente:

Las intervenciones en apoyo al cuidador deben ser incluidas en las pautas de tratamiento para mejorar el resultado general de los pacientes.⁸³

2.1.4.1. *Intervención cognitivo-conductual y sus características*

La terapia cognitivo-conductual es un modelo psicoterapéutico que apera sobre las conductas, pensamientos, emociones y respuestas fisiológicas de los pacientes, se identifican factores de riesgo y determinantes.

La intervención cognitivo-conductual ayuda a cambiar la forma en cómo piensa el individuo (cognitivo) y como actúa (conducta) estos cambios ayudan a sentirse mejor, ayuda a entender problemas complejos desglosándolo en partes más pequeñas, permitiéndole ver cómo están conectadas entre sí y como le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil, de ella puede derivarse: pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos.⁸⁴

Reestructuración cognitiva: Identificar pensamientos desadaptativos y/o irracionales que les perturba emocionalmente y sustituirlas por otras más apropiadas que las disminuya o elimine. Se enfoca en el esclarecimiento y cambio de los patrones de pensamiento.⁸⁵

Respiración Diafragmática: El paciente es guiado por el terapeuta para la respiración profunda. Inhalando y exhalando aire, empujando al mismo tiempo el diafragma hacia abajo y afuera, liberando lentamente el aire mientras se contrae el abdomen.⁸⁶

Relajación: Permite tomar conciencia de la respiración actual y poder modificarla adecuadamente, educando al paciente con una serie de ejercicios de respiración, se entrena al paciente para que pueda responder de manera automática a determinadas situaciones.⁸⁷

Autoinstrucciones: Las autoinstrucciones son un sistema de hablarse a sí mismo para darse unas pautas-guía que le ayuden a resolver las tareas de forma autónoma, sin que haya que ir diciéndole cada uno de los pasos y favoreciendo así la interiorización de los procesos mentales, para que dicho entrenamiento sea efectivo debe ser constantes y sistemático.⁸⁸

2.1.4.2. *Aplicación de Intervención cognitivo-conductual en cuidadores*

Fernández y colaboradores⁸⁹, propone una intervención basada en solución de problemas para tratar ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con ERC, dicha intervención fue eficaz, ya que proporcionó conocimientos y habilidades a los cuidadores para resolver problemas, entre ellas, los económicos, institucionales, falta de apoyo familiar, falta de apoyo de instituciones y las problemáticas propias al rol

Una revisión sistemática de intervenciones dirigidas a cuidadores de personas dependientes mayores de 65 años concluyo que, las intervenciones basadas en terapia cognitivo-conductual resultaron más eficaces en comparación a otras, por ejemplo, las psicoeducativas.⁹⁰

Se ha implementado intervenciones de tipo cognitivo-conductual dirigido a cuidadores. Un estudio dirigido a cuidadores formales de ancianos institucionalizados tuvo una duración de nueve sesiones de 1 hora cada una, impartidas en la institución donde laboraban, de manera individual y en horarios de trabajo. Se diseñaron dos manuales, uno para el terapeuta y otro para el participante. Los módulos contenidos en la intervención fueron: relajación, reestructuración cognitiva, habilidades sociales, reforzamiento positivo, moldeamiento y modelamiento. Se realizaron evaluaciones pre y post test para evaluar la intervención, los resultados señalan que la ICC fue eficaz para disminuir el burnout y el incremento de calidad de vida de los cuidadores formales.⁸²

2.2. *Antecedentes del problema*

2.2.1. *Estudios a nivel internacional*

Pereira y colaboradores³⁰, realizaron un estudio para evaluar la prevalencia de ansiedad, depresión, estrés, fatiga, apoyo social y calidad de vida en pacientes con ERC y sus cuidadores. Participaron 21 pacientes cada uno con su respectivo cuidador, fueron evaluados con: escala de ansiedad y depresión hospitalaria, escala de apoyo social percibido, escala de calidad de vida SF-36, inventario de síntomas de estrés de Lipp y pictograma de fatiga. Al comparar estos 2 grupos (cuidador y paciente), se observó la presencia de ansiedad, depresión, estrés, fatiga y salud mental en valores similares, sin embargo, los pacientes presentaron mayor predominio de síntomas psicológicos. El investigador recomienda intervenciones específicas en el contexto de diálisis por ERC para el cuidador y el paciente.

Maddalena y colaboradores⁶¹ en el año 2018 investigaron las experiencias de los cuidadores familiares que atienden a pacientes que reciben diálisis. La investigación fue de tipo cualitativa que abarco momentos importantes, desde el diagnóstico, la muerte del ser querido y la elaboración de duelo. Encontraron carga significativa en el cuidador en su dimensión física, emocional, social y económica, y que estas aumentaban con el tiempo, en la medida que la enfermedad del paciente progresaba. Algunos cuidadores tuvieron que abandonar su empleo remunerado para brindar atención a tiempo completo a su ser querido, El inicio o el cese de la diálisis son puntos clave de decisión en la atención. Los hallazgos de esta investigación indican que el rol del cuidador es muy exigente y sugiere una planeación de cuidado avanzado por parte de los sistemas de salud para reconocer y apoyar la labor del cuidador. Se destaca la necesidad de futuras investigaciones a evaluar el bienestar, información y educación para el manejo domiciliario de los síntomas y examinar las opciones de políticas y servicios para proporcionar cuidados adecuados.

Un estudio realizado por Bardak y colaboradores⁹¹ en 2019 realizaron un estudio descriptivo, comparan la carga de cuidadores de pacientes de PD, HD, TR, y concluyen que la carga del cuidador del paciente en HD es más alta, Los tres grupos tuvieron puntajes de ansiedad similares, el puntaje de depresión fue más alto en HD y más bajo en DP y TR. La calidad de vida es menor en el grupo de HD. Se encontró una carga más alta en cuidadores

con síntomas de somatización, ansiedad, comportamiento obsesivo-compulsivo, depresión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, hostilidad. Los síntomas psicológicos fueron similares en los grupos PD, HD y TX por lo que sugieren intervenciones educativas, sociales y apoyo psicológico a cuidadores.

Yu ZL y colaboradores⁹² en 2016 plantean que la inactividad física y el aislamiento social son los principales problemas que enfrentan los pacientes con diálisis peritoneal (DP). Se han evaluado el beneficio de servicio de guardería para brindar asistencia y actividades para que los pacientes mantuvieran la salud y mejoraran la interacción social. Los indicadores de resultados incluyeron: estado de inscripción, duración de la estadía y tasa de peritonitis; se evaluó la calidad de vida y estado mental de pacientes y recopiló datos cualitativos a través de entrevistas con pacientes, cuidadores, proveedores de atención médica y personal del hospital. Los cuidadores sintieron menos carga, el servicio de guardería resultó eficaz para aliviar la carga de los cuidadores y de manera simultánea benefició al paciente con un estado funcional relativamente bueno, sin embargo, el programa resultó ser un desafío tanto para el paciente como para el cuidador.

Goto y colaboradores⁹³ en 2019, realizaron un estudio descriptivo, correlacional y transversal para evaluar la asociación del inicio de la diálisis en una población anciana con estado funcional y carga del cuidador. Se ocupó una muestra de 187 participantes de ≥ 65 años con ERC inscritas en la evaluación geriátrica en pacientes mayores que comienzan el estudio de diálisis. Todos se sometieron a una evaluación geriátrica y un examen de fragilidad al inicio de la diálisis. También se evaluó el estado funcional, es decir, las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria, se evaluó la carga del cuidador. Al inicio de la diálisis, el 79% dependía de la atención en el estado funcional. Después de 6 meses, el 40% experimentó una disminución en el estado funcional, el 34% permaneció estable, el 18% mejoró y el 8% murió. La prevalencia de la alta carga del cuidador aumentó del 23% al 38%. El deterioro funcional dentro de los primeros 6 meses posteriormente de iniciar la diálisis es altamente prevalente, se evidencia que el riesgo es mayor en pacientes mayores y frágiles, ya que, el inicio de la diálisis se acompaña de un aumento en la carga del cuidador.

Taylor y colaboradores⁹⁴ en 2016 realizaron una investigación con el objetivo de explorar las necesidades, deseos y expectativas del apoyo formal de pares y examinar también el método de superación de barreras en pacientes y cuidadores. Se aplicaron entrevistas cualitativas a una muestra de 26 participantes con ERC en etapa 5 y cuidadores, para la codificación y análisis de datos, se empleó los principios de la teoría fundamentada. Si bien el apoyo entre pares informal puede ocurrir naturalmente y es bienvenido, una variedad de barreras emocionales y prácticas inhiben la aceptación de un apoyo más formal. La receptividad varía a lo largo del tiempo y la trayectoria de la enfermedad y se asocia con la preparación emocional; pacientes y cuidadores que necesitan superar obstáculos psicológicos complejos, como reconocer las necesidades de apoyo. Las barreras prácticas contienen comprensión limitada del apoyo entre pares. Se cree que una relación de pares atractiva implica reciprocidad, basada en compartir experiencias y dar y recibir apoyo. Establecer una relación está vinculado con el desarrollo de la reciprocidad. El investigador recomienda métodos de facilitación, incluyendo la promoción clínica del apoyo de pares como una intervención adecuada para cualquier persona con ERC y sus cuidadores, y la oportunidad de elegir el apoyo de pares.

Sherifali y colaboradores⁹⁵ en el 2018 realizaron evaluaciones del impacto de las intervenciones basadas en internet enfocadas a la salud mental del cuidador de adultos con afección crónica, en particular: depresión, estrés, angustia y ansiedad. Lo hicieron a través de revisiones sistemáticas y meta análisis, se encontró evidencia del beneficio de los programas de intervención basados en Internet sobre salud mental para cuidadores de adultos que viven con una afección crónica, en particular para los resultados de depresión, estrés y angustia y ansiedad del cuidador. Los tipos de intervenciones que prevalecían como eficaces integran información y educación con o sin apoyo psicológico profesional y, en menor medida, con apoyo psicológico y de pares combinado.

Ploeg y colaboradores⁹⁶ en 2017 realizaron una verificación de intervenciones basadas en la web, es decir, el impacto de las tecnologías basadas en la Web en la salud mental, los resultados generales del cuidado y la salud general para los cuidadores de adultos con afecciones crónicas que viven en la comunidad. Sin embargo, llegan a la conclusión que

se necesita más investigación rigurosa que excluya estudios que examinan los componentes críticos de la intervención, así como las proporciones para lograr un efecto.

2.2.2. Estudios a nivel nacional

Rivero-Garcia y colaboradores⁹⁷ en el año 2014 se realizaron un estudio prospectivo, transversal abierto en el IMSS, se evaluó la carga de los cuidadores de pacientes que recibieron tratamiento de hemodiálisis crónica, con una media de 23.3 meses con la escala de Zarit, la distribución de género de cuidadores fue de 87% femeninos, 13% masculinos, los cuidadores fueron: cónyuge (27% femeninos 4), hijo 9(60% 7 femeninos y 2 masculinos) y 2 hermanos (13% 2 femeninos) la edad promedio del cuidador fue de 36 años. La escala de Zarit demostró sobrecarga en el 60% de los cuidadores, de los cuales, el 67% presentaron carga intensa y el 33% sobrecarga. La sobrecarga que presenta el cuidador contribuye de manera significativa para el deterioro de su calidad de vida.

En Sonora México se llevó a cabo una investigación en la que se probó la eficacia de una intervención basada en el Modelo de resolución de problemas dirigido a cuidadores primarios de enfermos renales crónicos al disminuir la percepción de sobrecarga, ansiedad y depresión en 21 cuidadores informales. Esta investigación fue de tipo cuasi experimental de 2 grupos (Control en lista de espera y experimental), se evaluó a partir de un PRE y POST intervención con el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck y la Escala de Sobrecarga del Cuidador. Esta intervención es eficaz para reducir la sintomatología depresiva y ansiosa, y la percepción de sobrecarga.⁸⁹

2.3 Marco teorico

La prevalencia e incidencia de ERC alarmante en México, repercute al aumento de gasto en salud pública de cada país. La demanda por servicios de salud es mayor y evidentemente, serán cada día más las personas que requerirán uno o más cuidadores formales e informales.

La hemodiálisis es una opción terapéutica para el tratamiento de ERC, el cuidador primario, que generalmente es un familiar, será parte de todo el proceso. Surgen cambios significativos en estilos de vida en el contexto personal, familiar, laboral, profesional, entre otras, desde el diagnóstico e inicio de diálisis. El proceso de adaptación suele ser agotador, comienzan a aparecer síntomas psicológicos, malestares físicos, pérdida de empleo, etc.

El cuidador primario es de suma importancia para el ejercicio del tratamiento de hemodiálisis. Debido a la pérdida del estado funcional del paciente con ERC, requerirá de apoyo para el funcionamiento básico del paciente.

La dependencia del paciente debido a la pérdida de funcionalidad contribuye al desarrollo de ansiedad, sobrecarga y baja satisfacción de la función familiar. El cuidado se convierte en una acción que repercute a nivel emocional y físico en el cuidador de manera negativa.

Se ha creado intervenciones con el propósito de disminuir estas afecciones psicológicas hacia el cuidador de pacientes dependientes o enfermos crónicos. Hablando específicamente de CP de pacientes con ERC en hemodiálisis son muy escasos y ninguna desde lo cognitivo-conductual. Tomando en cuenta que dicha intervención trabaja con pensamiento y conducta, en este caso está enfocada a aminorar la sobrecarga, ansiedad y mejorar el nivel de satisfacción familiar.

III. JUSTIFICACIÓN

Debido a la irreversibilidad como característica de una enfermedad crónica, hay un deterioro progresivo que genera un impacto emocional en el paciente, entorno familiar y social que determinan cambios en los hábitos alimentarios, físicos y sociales que perturban la calidad de vida, el paciente se hace dependiente del cuidador formal para el proceso de Terapia de reemplazo renal (TRR) de manera institucional, y dependiente del cuidador primario para su cuidado y desempeño de actividades.

La dependencia está determinada por la funcionalidad del paciente, representando un factor determinante para la sobrecarga y otros factores psicológicos en el cuidador primario (CP).

La falta de información sobre la prevalencia e incidencia de factores emocionales, de las características de los cuidadores e intervenciones o tratamiento, impide una adecuada planeación y ejecución de medidas para contrarrestar esta problemática.

Es importante estudiar los factores psicológicos que afectan al cuidador debido al amplio y arduo trabajo que implica estar al cuidado de un paciente con ERC, ya que se encarga de la adherencia terapéutica, del desempeño de actividades básicas debido a la pérdida de funcionalidad del paciente, además de asumir el rol como sustituto para la toma de decisiones en pacientes hospitalizados.

La implementación de una intervención cognitivo-conductual aporta al cuidador, herramientas para la disminución de los niveles de ansiedad y sobrecarga. La intervención cognitivo-conductual propuesta sirve como referente para programas de salud para la atención de necesidades del CP. Este estudio valida la primera intervención cognitivo-conductual en cuidadores de pacientes con ERC en hemodiálisis. Los resultados de esta investigación aportan datos significativos para ampliar el panorama de estudio y obtención de conocimiento de las necesidades del cuidador primario de pacientes con ERC del Centro Integral de Nefrología (CEIN).

IV. HIPÓTESIS

H_i : La intervención cognitivo conductual disminuye significativamente: la ansiedad, la percepción de sobrecarga y mejora la funcionalidad familiar en el CP del paciente con ERC en hemodiálisis.

H_0 : La intervención cognitivo conductual no disminuye significativamente: la ansiedad, la percepción de sobrecarga y no mejora la funcionalidad familiar en el CP del paciente con ERC en hemodiálisis.

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

- Determinar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual para tratar ansiedad, sobrecarga y funcionalidad familiar en el cuidador primario del paciente con ERC en hemodiálisis.

5.2 Objetivos específicos

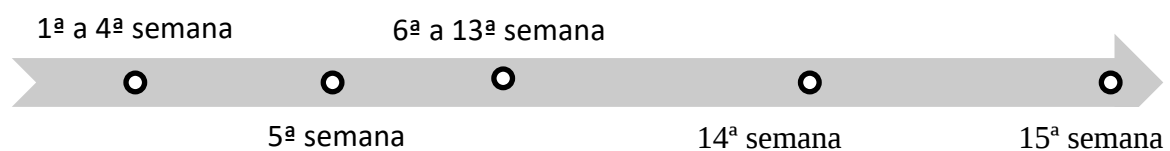
- Evaluar ansiedad, sobrecarga y funcionalidad familiar en el cuidador primario del paciente con ERC en hemodiálisis mediante BAI, APGAR y Zarit en grupo experimental y control.
- Diseñar una intervención cognitivo-conductual en atención a las variables a estudiar.
- Implementar la intervención cognitivo-conductual al grupo experimental, el grupo control queda en espera.
- Reevaluar el nivel de ansiedad, sobrecarga y funcionalidad familiar en el CP mediante BAI, APGAR y Zarit en grupo experimental y control.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de estudio

Corresponde a un estudio Cuasi-experimental de 2 grupos: experimental y control, distribuidos de manera aleatoria. El grupo experimental recibió una intervención cognitivo-conductual, y grupo control que queda en espera; ambos con mediciones pre y post.

	Pre evaluación		Intervención-cognitivo conductual	Post evaluación
Elaboración de manual de intervención	BAI Zarit APGAR	Calificación de batería de pruebas psicométricas	Sesiones: 9	BAI Zarit APGAR Familiar



6.2 Definición de variables (dependientes e independientes)

Variables	Conceptual	Operacional
Independientes		
<i>Intervención Cognitivo-conductual</i>	Aplicación clínica de la psicología, fundamentada en principios y procedimientos validados empíricamente. ⁸⁴	Carta descriptiva: intervención cognitivo-conductual. (Anexo 11.1)
Dependientes		
<i>Ansiedad</i>	Estado de ánimo orientado hacia el futuro asociado a la preparación de posibles eventos negativos. ⁹⁸	Instrumento: Inventario de ansiedad de Beck. ⁹⁹ (Anexo 11.2)
<i>Funcionalidad familiar</i>	Forma en que la familia contribuye a la salud o enfermedad de sus miembros, mediante el desempeño de sus actividades, tareas o funciones básicas. ⁷⁷	Instrumento: Apgar familiar ¹⁰⁰ (Anexo 11.3)
<i>Carga del cuidador</i>	Interacción multidimensional de las dificultades físicas, emocionales y económicas experimentadas por el cuidador. ⁷⁰	Instrumento: Test sobre carga del cuidador Zarit ¹⁰¹ (Anexo 11.4)

6.3 Participantes

Se obtuvo una muestra mediante muestreo no probabilístico por conveniencia de 24 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, que asistieron al Centro Integral de Nefrología (CEIN) de Tulancingo de Bravo, Hidalgo. Distribuidos en 2 grupos para el estudio: grupo experimental y grupo control.

6.3.1. Criterios de inclusión

- Ser cuidador principal del paciente con ERC en hemodiálisis.
- Ser cuidador habitual por más de 3 meses.
- Aceptar participación en el estudio a través de la firma de consentimiento informado.

6.3.2. Criterios de exclusión

- Presentar alguna discapacidad cognitiva o de comunicación aparente que impida contestar la batería de pruebas.

6.4 Instrumentos

6.4.1 Historias clínicas

En este documento se encontró los datos del paciente en hemodiálisis, estas fueron brindadas por el CEIN y revisadas dentro de las instalaciones del centro.

6.4.2 Cuestionario de datos del cuidador

Este instrumento esta diseñado únicamente para la recolección de datos relevantes del cuidador para la investigación. (Anexo 11.6)

6.4.3 Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI)

Instrumento validado para población mexicana por Robles y colaboradores en 2001⁹⁹; con α : 0.83. Está conformado por 21 *ítems*, con tipo de respuesta escala tipo *Lickert* de cuatro puntos: 0 (Nada en absoluto), 1 (Levemente), 2 (Moderadamente), 0 3 (Severamente). La puntuación puede ir desde 0 a 63, con puntos de corte: 0-7 mínimo, 8-15 leve, 16-25 moderado, 26-63 grave.

6.4.4 Escala de carga del cuidador Zarit

Instrumento validado por Ramirez y colaboradores en 2008¹⁰¹ en cuidadores primarios informales de Mexico para evaluar la carga en el cuidador de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas a partir de identificar los sentimientos habituales que experimentan. Está conformado por 22 *ítems* tipo Likert con cinco niveles de respuesta: nunca, casi nunca, algunas veces, frecuentemente y siempre, con α : 0.90.

El primer factor: impacto del cuidado integrado por los reactivos 2, 3, 10, 11 y 12, se refiere a cuestiones relacionadas con los efectos de la prestación de cuidado. El segundo factor: relación interpersonal, hace referencia a emociones o sentimientos que aparecen en la

relación cuidador-familiar/paciente integrada por los reactivos 5, 6, 9, 13 y 19. El tercer factor: expectativas de autoeficacia, refleja las creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar, integrado por los reactivos 20 y 21.

Se suman las columnas, <46: no sobrecarga, >56: sobrecarga intensa.⁷⁰

6.4.5 *Apgar Familiar*

Instrumento breve para tamizaje originalmente en inglés, la versión en español tiene un nivel de confiabilidad aceptable con una consistencia interna de 0.84 a 0.86, mide el grado de satisfacción del entrevistado en relación con el funcionamiento de su familia y cómo le afecta a él.

El instrumento muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Escala tipo *Lickert* casi siempre (2 puntos); Algunas veces (1 punto); Casi nunca (0 puntos). Las puntuaciones de cada una de las 5 preguntas se suman posteriormente y se obtienen los siguientes puntos de corte: 0-3: baja satisfacción de la función familiar, 4-6: media satisfacción de la función familiar y de 7-10: alta satisfacción de la función familiar.¹⁰⁰

6.4.6 *Análisis estadísticos*

Se realizó una prueba de homogeneidad y varianza resultando una distribución anormal, posteriormente un análisis descriptivo y de frecuencia, así como una Prueba T de Wilcoxon para medir diferencias pre-post de las variables evaluadas, y una U de Man-Whitney para la comparación entre grupos.

6.4.7 *Procedimiento*

Se realizó la invitación a los cuidadores a participar en el estudio, informando la relevancia del tema, objetivos y plan de trabajo. Aquellos que aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado. Se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión. Posteriormente fueron distribuidos en dos grupos de manera aleatoria: experimental y control.

Se aplicó una batería de pruebas psicométricas integradas por el cuestionario de ansiedad de Beck, cuestionario de sobrecarga del cuidador y apgar familiar a ambos grupos: experimental y control.

La propuesta de intervención de tipo cognitivo conductual incluye componentes: relajación, reestructuración cognitiva y autoinstrucciones. El grupo experimental recibió la intervención cognitivo conductual de 9 sesiones de 60 minutos, una sesión semanal. El grupo control permaneció en espera.

Al finalizar dicha intervención se realizó la medición post test con una batería de pruebas psicométricas integradas por el cuestionario de ansiedad de Beck, cuestionario de sobrecarga del cuidador y apgar familiar a ambos grupos: experimental y control.

El resultado de las mediciones fue capturado en una base de datos del programa estadístico SPSS para ser analizados descriptivamente: características del cuidador (edad, sexo, estado civil, escolaridad, tiempo en años de cuidado, horas de cuidado semanal, apoyo en tiempos de relevo), posteriormente se analizó de manera comparativa e inferencial para determinar la efectividad de la intervención cognitivo conductual.

6.5 Consentimiento informado

El CP dio lectura al formato de consentimiento informado, se le informó la naturaleza del proyecto y objetivos planteados. Posterior a la resolución de dudas se firmó el formato de consentimiento. (Anexo 11.5)

6.6 Aspectos éticos

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud¹⁰², Título II, de los Aspectos Éticos de la investigación en seres Humanos, Capítulo I, el presente trabajo es factible de acuerdo a los siguientes artículos.

Artículo 13.- Se mantendrá y prevalecerá el respeto a la dignidad y el respeto y protección que merecen sus derechos y bienestar.

Artículo 17.- Inciso II, Investigación con riesgos mínimos, los datos se obtendrán a través de procedimientos comunes, como las historias clínicas y la batería de pruebas.

Artículo 20.- Referente al consentimiento informado, el sujeto de investigación acepta participar en el estudio, al mismo tiempo se le informará sobre la naturaleza del procedimiento y riesgo a los cuales será sometido

Artículo 21.- Cada una de sus fracciones quedará plasmada y explicada en el consentimiento informado.

Artículo 22.- Se proporcionará por escrito con copia para el sujeto de investigación y el investigador, cubriendo cada una de las fracciones del artículo mismo.

VII. RESULTADOS

El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS, debido a que la muestra es pequeña ($n=24$) se ejecutaron pruebas no paramétricas.

7.1 Descripción de la muestra

Se obtuvo una muestra no probabilística de 24 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis que asistieron al Centro Integral de Nefrología (CEIN) en Tulancingo de Bravo Hidalgo. La muestra fue distribuida en 2 grupos, 12 en el grupo experimental y 12 en el grupo control.

El género femenino es el que predomina, la mayoría de los cuidadores son casados o en unión libre. Al momento de la primera evaluación, 8 CP tiene un trabajo remunerado, en su mayoría de manera informal e independiente.

Tabla 1: Características del cuidador (estado civil, género, trabajo remunerado, escolaridad y percepción del estado de salud del cuidador).

	n	%
Estado Civil		
Soltero	3	12.5
Casado	12	50
Viudo	2	8.3
Unión libre	7	29.2
Género		
Masculino	2	8.3
Femenino	22	91.7

Trabajo remunerado		
Si	8	33.3
No	16	66.7
Escolaridad		
Ninguno	1	4.2
Primaria	11	45.8
Secundaria	9	37.5
Bachillerato	1	4.2
Técnico	2	8.3
Percepción de estado de salud actual del cuidador		
Excelente	0	0
Buena	6	25
Regular	18	75
Mala	0	0

Representación en porcentaje de las características socio demográficas del CP: estado civil, género, trabajo remunerado, escolaridad y percepción del estado de salud del cuidador.

7.1.1 Edad, tiempo en años de cuidado y horas de relevo

Respecto a la edad de los CP se ubican en un rango entre 21 a 74 años de edad, con una media de 46.42 ± 16.19 , respecto al tiempo en años de cuidado, un promedio de 4.65 ± 4.8 , los periodos de tiempo de cuidado oscilan entre 2 a 24 horas con una media de 16.29 ± 9.07 , horas de relevo 20.07 ± 19.97 (Tabla 2).

Tabla 2. Edad del cuidador, tiempo de cuidado y relevo

	Media	DE
Edad del CP	46.42	16.19
Tiempo en años de cuidado	4.65	4.8
Horas de cuidado diario	16.29	9.07
Horas de relevo semanal	20.07	19.97

Nota: Resultados representados en media y desviación estándar.

Respecto a relevo, únicamente 7 cuidadores de GE (58.3%) recibe apoyo o relevo, mientras que en el GC son 8 cuidadores (66.7%).

Tabla 3: Relevo del cuidador

	GE(n=7)		GC(n=8)	
	f	%	F	%
Hijo(a)	5	71.4	0	0
Espos(a)	1	14.3	1	12.1
Hermano(a)	1	14.3	2	25
Padre	0	0	2	25
Otro	0	0	3	37.5

Nota: Representación en frecuencia y porcentaje de relevo en grupo experimental (GE) & grupo control (GC).

7.1.2 Ansiedad

Tal como se observa en la siguiente tabla, 6 cuidadores mostraron un nivel grave de ansiedad (Tabla 4).

Tabla 4. Cuidador y nivel de ansiedad		
Nivel*	n	%
Mínima	5	20.83
Leve	8	33.33
Moderada	5	20.83
Grave	6	25

*Mínimo: 0-7, Leve: 8-15, Moderado: 16-25, Grave: 26-63. n=24

7.1.3 Funcionalidad familiar

A través de la aplicación del instrumento APGAR familiar se determinó la funcionalidad de la familiar percibida por el cuidador, el 62.5% tiene una alta satisfacción de la funcionalidad familiar (Tabla 5).

Tabla 6. Satisfacción de la funcionalidad familiar mediante APGAR familiar		
Nivel*	n	%
Alta	15	62.5
Media	5	20.83
Baja	4	16.6

*Alta satisfacción de la función familiar: 7-11, Media satisfacción familiar: 4-6, Baja satisfacción familiar: 0-3. n=24

7.1.4 Sobrecarga

Se encontró que 5 cuidadores presentaban carga o sobrecarga intensa (Tabla 6).

Tabla 6. CP y nivel de sobrecarga		
Nivel*	n	%
No sobrecarga	19	79.2
Sobrecarga	2	8.3
Sobrecarga intensa	3	12.5

*Ausencia de sobrecarga ≤ 46 , sobrecarga ligera 47-55, Sobrecarga intensa ≥ 56

7.2 Resultados de evaluación pre y post intervención

7.2.1. Ansiedad

La tabla 8, demuestran que hubo una mejora en los niveles de ansiedad del GE, sin embargo, el GC no mejoró, contrario a ello los casos de ansiedad grave aumentaron.

Tabla 7. Cuidador primario y ansiedad								
Nivel	GE				GC			
	Pre		Post		Pre		Post	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mínimo	4	33.3	6	50.0	3	25.0	2	16.7
Leve	3	25.0	4	33.3	2	16.7	2	16.7
Moderado	1	8.3	1	8.3	4	33.3	4	33.3
Grave	4	33.3	1	8.3	3	25.0	4	33.3

Nota: Representación en frecuencia y porcentaje de niveles de ansiedad en GE: Grupo experimental & GC: Grupo control.

7.2.2. Funcionalidad familiar

Como se observa en la tabla 8, la satisfacción de la función familiar percibida comparada en los dos momentos de medición (pre y post), en GC las frecuencias se mantienen.

Tabla 8. Cuidador primario y funcionalidad familiar								
Nivel	GE				GC			
	Pre		Post		Pre		Post	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baja	2	16.7	1	8.3	2	16.7	2	16.7
Media	2	16.7	4	33.3	5	41.7	5	41.7
Alta	8	66.7	7	58.3	5	41.7	5	41.7

Nota: Representación en frecuencia y porcentaje de niveles satisfacción de la función familiar en GE: Grupo experimental & GC: Grupo control.

7.2.3. Sobrecarga del cuidador

La tabla 9 muestra que las frecuencias en GC se mantienen, los cambios suceden en GE aumentando la no sobrecarga y disminuyendo la sobrecarga intensa.

Tabla 9. Cuidador primario y sobrecarga								
Nivel	GE				GC			
	Pre		Post		Pre		Post	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No sobrecarga	9	75	10	83.3	10	83.3	10	83.3
Sobrecarga	1	8.3	1	8.3	1	8.3	1	8.3
Sobrecarga intensa	2	16.7	1	8.3	1	8.3	1	8.3

Nota: Representación en frecuencia y porcentaje de niveles de sobrecarga en GE: Grupo experimental & GC: Grupo control.

7.3. Prueba T de Wilcoxon entre pre y post evaluación de variables.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad antes y después de la intervención, en GE: ($Z = -2.870$, $p = 0.004$) y en GC ($p = .007$). En lo que respecta funcionalidad familiar, no se encontró diferencia significativa. Finalmente, para la variable sobrecarga, si hubo diferencias significativas antes y después de la intervención en ambos grupos: GE ($Z = -3.061$, $p = 0.002$) y GC ($p = 0.009$).

Tabla 10: Diferencias a lo largo del tiempo (Pre test y Post test) de las mediciones intragrupo

Instrumentos		Pre	Post	p
BAI	GE	6.86	2.50	.004*
	GC	1.50	5.94	.007*
APGAR	GE	4.17	4.70	.429
	GC	3.75	5.50	.140
Zarit	GE	6.50	0	.002*
	GC	2.00	6.89	.009*

Nota: Rangos promedio y significancia de la prueba T de Wilcoxon, $p < 0.05$. BAI: Cuestionario ansiedad, APGAR: Funcionalidad familiar, Zarit: Sobrecarga del cuidador. GC: Grupo control, GE: Grupo experimental.

7.4. Prueba U de Man-Whitney entre GE y GC de variables.

En búsqueda de diferencias entre los 2 grupos: GE y GC en las variables: ansiedad, funcionalidad familiar y sobrecarga, en las 2 mediciones, se realizó una U de Mann-Whitney. De los resultados obtenidos, se encontró únicamente una diferencia estadísticamente significativa en función del puntaje de ansiedad con una $U = 29.5$, $p = 0.014$.

Tabla 11: Diferencias entre GC y GE en las mediciones respecto al tiempo			
		Pre	Post
BAI	Z	-.665	-2.457
	P	.506	.014*
APGAR	Z	-7.92	-1.442
	P	.429	.149
Zarit	Z	-.809	-1.011
	P	.419	.312

Nota: Puntuación Z y significancia de la prueba U Mann-Whitney, $p < 0.05$, BAI: Cuestionario ansiedad, APGAR: Funcionalidad familiar, Zarit: Sobrecarga del cuidador.

VIII. DISCUSIÓN

Los resultados descubiertos en este estudio, son un reflejo de los efectos que tiene la enfermedad renal crónica hacia el cuidador primario en: percepción de la funcionalidad familiar, grado de sobrecarga percibido y nivel de ansiedad. Se cumple con el objetivo de determinar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para tratar ansiedad, sobrecarga y funcionalidad familiar en el cuidador primario del paciente con ERC en HD, de manera general alcanzados. Resultó eficiente para el tratamiento de ansiedad y percepción de sobrecarga únicamente.

Destacan características importantes como una predominancia del sexo femenino en un 91.7%, una percepción de estado de salud regular y con una escolaridad de nivel básico. En su mayoría cónyuges o hijos(as) del paciente. Este hallazgo concuerda con lo reportado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).¹⁰³

Al analizar la predominancia del sexo femenino como cuidador informal, observamos una convergencia de las pautas culturales en el cuidado, ya que, la concepción social de la mujer como cuidadora nata, la identifica como principal candidata para cuidar de otro.¹⁰⁴ Esta función se le atribuye fundamentalmente a ellas sin dejar de realizar actividades que habitualmente se le demanda, tales como cuidar de los hijos(as) y realizar actividades domésticas, ellas a su vez asumen este rol como parte de sus actividades cotidianas.¹⁰⁵

En razón al parentesco, concuerda con el hallazgo de Saenz¹⁰⁶, indicó la existencia de un vínculo emocional en muchas de las cuidadoras informales con la persona enferma. Es muy común encontrar este dato en estudios del cuidado del paciente en hemodiálisis y en el cuidado de otras enfermedades crónicas.

Comelin y Leyva¹⁰⁷ llevo a cabo un estudio cualitativo para explorar las necesidades demandadas por el cuidador para el desempeño de sus actividades de cuidado: dinero, materiales, capacitación, equipos de salud y apoyo en tiempos de relevo. Haciendo hincapié a este último, en este estudio, el 62.5% percibe apoyo en tiempos de relevo, con una media

de 20.07 ± 19.97 horas semanales, en contraste, el peso del cuidado recae en el cuidador principal que con frecuencia es una mujer.¹⁰⁸⁻¹¹⁰

El 66.7% no tiene trabajo remunerado, mientras que el 33.3% percibe un ingreso económico, en su mayoría por ventas de productos como forma de autoempleo sin seguro médico ni prestaciones de ley. De acuerdo a investigaciones previas, el cuidado es atribuido a la persona con tiempo libre y responsabilidades mínimas, pero también, ante un suceso de cambio abrupto por el diagnóstico de la ERC y la necesidad de un cuidador informal, una persona laboralmente activa puede verse obligada a renunciar a su empleo. Ante la imposibilidad de continuar con el trabajo, los estudios o el proyecto de vida, hay un impacto negativo en la vida de los cuidadores familiares.^{111,112}

Conocer las características del cuidador, el contexto del cuidado y las afectaciones psicológicas, facilitó el desarrollo de la propuesta de intervención¹¹³, el contacto inicial con el tema comienza con la revisión de la literatura y de las conclusiones de estudios previos enfocados a cuidadores, donde afirman que, a mayor cantidad de horas de cuidado del paciente, mayor sobrecarga, ansiedad y depresión¹¹⁴, resultados que se encontraron en el presente estudio.

Lopez y colaboradores en 2020, hallaron correlación estadísticamente significativas entre ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con ERC.¹¹⁵ Por lo que trabajar con estas dos variables en este estudio con una propuesta de intervención para la disminución de ansiedad podría disminuir la percepción de sobrecarga y viceversa, sin embargo, en este estudio con cuidadores primarios de pacientes con ERC específicamente con pacientes en hemodiálisis no se halló correlación entre ansiedad y percepción de sobrecarga.

Si bien, hay intervenciones cognitivas-conductuales que tratan exclusivamente un padecimiento: burnout en cuidadores primarios⁸², ansiedad generalizada¹¹⁶, adherencia al tratamiento de adolescentes en hemodiálisis¹¹⁷, disminución de sobrecarga en cuidadores

primarios de niños con parálisis cerebral¹¹⁸, entre otros. La propuesta de intervención de este estudio trata tres variables: ansiedad, sobrecarga y funcionalidad familiar.

La creación de programas de atención para el cuidador primario es primordial, ya que en la medida que hay un incremento en el número de pacientes en HD, también aumenta el número de cuidadores formales y primarios, es una situación en la que se imponen sacrificios.¹¹⁹

8.1 Ansiedad en cuidadores primarios

De acuerdo a estudios previos se reporta una mayor frecuencia de ansiedad en cuidadores primarios que en la población general.¹²⁰ El 54.16% de los cuidadores expresan ansiedad en nivel mínimo y leve, haciendo una comparativa con los que presentan moderada y grave 45.84% la diferencia es mínima, se esperaría que aquellos que están al cuidado de un paciente dependiente y afrontando problemáticas en todos los ámbitos de su vida tenga ansiedad grave; sin embargo, este no es el caso, ya que el cuidador lo normaliza como parte de su vida cotidiana a través del tiempo y quizá en el momento de mayor ansiedad por el cambio abrupto que sucede al inicio de la diálisis, el cuidador no acude a evaluación psicológica para diagnóstico y tratamiento.¹²¹

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, antes y después de la intervención cognitivo-conductual propuesta y entre grupos (GE & GC). Tal como se puede observar en la tabla 12 con los valores obtenidos de la prueba U de Mann-Whitney.

8.2. Sobrecarga en cuidadores primarios

El mayor porcentaje de cuidadores primarios no presentó sobrecarga de acuerdo a los resultados del test de Zarit, y en menor porcentaje sobrecarga y sobrecarga intensa. Similar a lo que reporta Adejumo y colaboradores.⁸³ Se encontró una tendencia de mayor percepción de sobrecarga en cuidadores mayores de 30 años de edad en comparación con cuidadores de

menor edad. También se observó que a mayor tiempo en horas diarias dedicadas al cuidado del paciente en hemodiálisis es mayor la sobrecarga del cuidador primario.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención propuesta en la variable ansiedad.

Los resultados observados en este estudio concuerdan con los observados por otros autores en investigaciones previas descritas a continuación:

Bardak y colaboradores⁹¹, en el estudio realizado en Turquía, encontró mayor percepción de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes en hemodiálisis en comparación con cuidadores primarios de pacientes en diálisis peritoneal y trasplante renal. No encontró correlaciones significativas entre género, edad, escolaridad y percepción de sobrecarga, pero señala que la carga aumenta cuando el cuidador presenta síntomas de ansiedad. En el presente estudio se observa que aquellos que presentaron sobrecarga y sobrecarga intensa, son cuidadores que dedican 24 horas al día; quizá esto se deba a que, a mayor hora diaria de cuidado, más actividades a desarrollar. Se puede pensar que aquellos cuidadores que no manifiestan sobrecarga, de acuerdo al cuestionario de Zarit, no expresan de manera adecuada la situación que viven debido a sentimientos de culpa que pudiesen manifestarse.^{117,118} Sin embargo, para aquellos que manifestaron sobrecarga o sobrecarga intensa, la intervención disminuyó significativamente.

8.3. Funcionalidad familiar en cuidadores primarios

El 62.5% de los cuidadores tienen una alta satisfacción en relación con la funcionalidad de su familia nuclear, ya que suelen recibir apoyo. Aunque de la familia extensa no perciben apoyo, en algunos casos llegan a sentirse abandonados o incomprendidos incluso por el mismo paciente. Solo el 16% de los participantes tiene una baja satisfacción, que definitivamente no percibe ningún tipo de apoyo y comprensión.

La intervención no modificó de manera significativa la satisfacción de la funcionalidad familiar. Se puede creer que el diseño de la intervención está menos enfocada

a modificar esta variable e inclina hacia el tratamiento de ansiedad y percepción de sobrecarga.¹²²

8.4. Intervención cognitivo-conductual

La intervención cognitivo-conductual reduce la ansiedad y percepción de sobrecarga significativamente en el grupo experimental, puede explicarse por los mecanismos de la terapia racional emotiva, cuyo componente principal se halla en el cuestionamiento de las creencias irracionales¹²³, por otra parte, la reestructuración cognitiva⁸⁵ permitió identificar y cuestionar pensamientos disfuncionales para sustituirlos por otros apropiados y contrarrestar el efecto emocional negativo de los pensamientos desadaptativos. La relajación provocó una respuesta parasimpática al sistema nervioso autónomo con el fin de eliminar la respuesta simpática¹²⁴, es decir, ansiedad y sobrecarga. Se logró ejecutando ejercicios de respiración profunda y relajación muscular progresiva de Jacobson.¹²⁵

IX. CONCLUSIONES

- El rol de cuidador primario sigue desempeñándose en mayor medida por mujeres.
- La intervención cognitivo-conductual propuesto es eficaz para tratar sintomatología ansiosa y sobrecarga del cuidador en el grupo experimental.
- La existencia de ansiedad y sobrecarga en los cuidadores estudiados fue manifestada en su minoría como alta, pero no descarta la necesidad de atención para disminuir los niveles y evitar el incremento de estos en otros cuidadores.
- La intervención cognitivo conductual ayudó a la disminución de los niveles altos en las variables ansiedad y percepción de sobrecarga del cuidador.

X. RECOMENDACIONES

- Para futuras investigaciones, se recomienda ampliar la muestra de estudio para incentivar la participación y dinámica de grupo. Si la muestra es lo suficientemente grande, los datos podrían generalizarse para una región, municipio o estado y esto a su vez proporcionaría información para que en lo próximo se de seguimiento a la misma sintomatología haciendo uso de otras técnicas y componentes que podrían ser mas eficientes para el tratamiento.
- Evaluar a cuidadores primarios de pacientes en hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante para diferenciar y contextualizar la problemática y dificultades que atraviesan cada cuidador. Esto permitiría diseñar intervenciones basados en sus necesidades y priorizar la atención.
- Diseñar una intervención cognitivo-conductual para atender un síntoma en específico, para pacientes y cuidadores, donde las sesiones sean complementarias (paciente-cuidador) para que, en el transcurso de la intervención, las habilidades y estrategias de afrontamiento sean reforzadas y ambos se encuentren en un mismo canal y objetivo en el mismo espacio temporal.
- Diseñar una intervención para mejorar la satisfacción de la función familiar.
- Realizar un seguimiento a 3 meses permitiría verificar la evolución en el tiempo de la variable de estudio, además de descartar que los cambios se deban a factores externos ajenos a la intervención y esperando que la mejoría se mantenga.
- Integrar una batería de pruebas más completa para evaluar factores emocionales como estrés, depresión, y nivel de dependencia emocional.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Webster AC, Nagler E V., Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. *Lancet*. 2017;389(10075):1238–52.
2. Fócil-Némiga, E & Zavala-González M. Funcionalidad para actividades de la vida diaria en adultos mayores rurales de Cárdenas, Tabasco, México. *Rev Fac Salud*. 2015;6(2):12–9.
3. Dunlay SM, Manemann SM, Chamberlain AM, Cheville AL, Jiang R, Weston SA, et al. Activities of daily living and outcomes in heart failure. *Circ Hear Fail*. 2015 Mar 20;8(2):261–7.
4. Hennessy S, Kurichi JE, Pan Q, Streim JE, Bogner HR, Xie D, et al. Disability Stage is an Independent Risk Factor for Mortality in Medicare Beneficiaries Aged 65 Years and Older. *PM R*. 2015 Dec 1;7(12):1215–25.
5. Sclauzero P, Galli G, Barbatì G, Carraro M, Panzetta GO. Role of components of frailty on quality of life in dialysis patients: a cross-sectional study. *J Ren Care*. 2013 Jun;39(2):96–102.
6. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación Funcional del Adulto Mayor. [Internet]. [cited 2019 Sep 11]. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
7. Rodríguez Díaz M, Cruz-Quintana F, Pérez-Marfil M. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería* [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 28];23(1–2):36–40. Available from: <https://medes.com/publication/93339>
8. Guillermo Pedreira Robles, Ana Vasco Gómez, Cristina Herrera Morales, Yaiza Martínez Delgado E, Junyent Iglesias. Análisis del estado psicofísico de los pacientes en hemodiálisis. *Serv Nefrol Parc Salut Mar Barcelona España*. 2018;21(1):44–51.
9. Maniam R, Subramanian P, Singh SKS, Lim SK, Chinna K, Rosli R. Preliminary study of an exercise programme for reducing fatigue and improving sleep among long-term haemodialysis patients. *Singapore Med J*. 2014 Sep 1;55(9):476–82.
10. Bossola M, Di Stasio E, Antocicco M, Pepe G, Tazza L, Zuccalà G, et al. Functional impairment is associated with an increased risk of mortality in patients on chronic

- hemodialysis. *BMC Nephrol*. 2016 Dec 8;17(1):72.
11. Ana Isabel Aguilera Flórez, Elena María Castrillo Cineira, Blanca Linares Fano, Rosa María Carnero García, Ana Cristina Alonso Rojo PLR y MPV. Análisis del perfil y la sobrecarga del cuidador de pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. *Enfermería nefrológica*. 2016;19(4):359–65.
 12. Jassal SV, Karaboyas A, Comment LA, Bieber BA, Morgenstern H, Sen A, et al. Functional Dependence and Mortality in the International Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis*. 2016 Feb;67(2):283–92.
 13. Perales Montilla CM, Duschek S, Reyes del Paso GA. Health-related quality of life in chronic kidney disease: Predictive relevance of mood and somatic symptoms. *Nefrol (English Ed)*. 2016 May 1;36(3):275–82.
 14. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J AMF. The caregiver burden and its repercussions on quality of life and health. *Rev Clínica Med Fam*. 2009;2(7):332–9.
 15. Real academia española [Internet]. Diccionario de la lengua española. [cited 2019 Aug 29]. Available from: <https://dle.rae.es/>
 16. Rivas MJC OM. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería Univ* [Internet]. 2018 Apr 16 [cited 2019 Aug 28];8(1). Available from: <http://revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/273>
 17. Comas D' D, Cendra A. Men as caregivers: Gender barriers and emergent models. *Psicoperspectivas Individuo y Soc*. 2016;15:10–22.
 18. Sánchez M, Diaz J, Cuellar I, Castellanos B, Fernández M DTA. Physical and Psychological Health of Carers: Comparison between Formal and Informal Carers. | *AEPUM* [Internet]. 2008 [cited 2019 Aug 28]. Available from: <https://www.aepumayores.org/en/contenido/physical-and-psychological-health-carers-comparison-between-formal-and-informal-carers>
 19. García EPL. Puesta al día: cuidador informal. *Enferm Castilla y Leon*. 2016;8(1):1–7.
 20. Austidillo W MC. Necesidad de los cuidadores del paciente crónico. 7th ed. 2008. 235–255 p.
 21. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S LM. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*. 2014;(311):1052.1060.

22. Van Wijnen HGFM, Rasquin SMC, Van Heugten CM, Verbunt JA, Moulaert VRM. The impact of cardiac arrest on the long-term wellbeing and caregiver burden of family caregivers: A prospective cohort study. Vol. 31, *Clinical Rehabilitation*. SAGE Publications Ltd; 2017. p. 1267–75.
23. Shaffer KM, Jacobs JM, Coleman JN, Temel JS, Rosand J, Greer JA, et al. Anxiety and Depressive Symptoms Among Two Seriously Medically Ill Populations and Their Family Caregivers: A Comparison and Clinical Implications. *Neurocrit Care*. 2017 Oct 1;27(2):180–6.
24. Cristina D, De Brito S. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicol em Estud*. 2009;14(3):603–7.
25. Morales Ojeda A, Neira K, Vásquez O, Millar P. Calidad de vida en pacientes hemodializados de la Comuna de Chillán Viejo. *Rev Nefrol diálisis y Traspl*. 2019;39(4):242–8.
26. Lorena PR. Cuidados para el cuidador tesina que para obtener el diplomado de tanatología. *Asociacion Mexicana de Tanatologia A.C.*; 2014.
27. Maddalena V, O'Shea F, Barrett B. An Exploration of Palliative Care Needs of People With End-Stage Renal Disease on Dialysis. *J Palliat Care*. 2018 Jan 27;33(1):19–25.
28. Ganapathy V, Graham GD, Dibonaventura MD, Gillard PJ, Goren A, Zorowitz RD. Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity. *Clin Interv Aging*. 2015 Nov 6;10:1793–802.
29. Goh ZS, Griva K. Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges - a narrative review. *Int J Nephrol Renovasc Dis*. 2018;11:93–102.
30. CIE-11 - Estadísticas de morbilidad y mortalidad. [cited 2019 Aug 16]; Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1336943699>
31. Beck AT, De Psicología B, De Brouwer D. Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones. 2a ed. 2016;10–27.
32. Cárdenas EM, Feria M, Palacios L, De La Peña F, Berenzon S, Del Bosque J, et al. Guia clinica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. 2010th ed. México; 2010. 11–43 p.

33. Gloria CT, Steinhardt MA. Relationships Among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health. *Stress Heal*. 2016 Apr;32(2):145–56.
34. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Editorial Médica panamericana, editor.
35. Pereira BDS, Fernandes N da S, de Melo NP, Abrita R, Grincenkov FRDS, Fernandes NM da S. Beyond quality of life: a cross sectional study on the mental health of patients with chronic kidney disease undergoing dialysis and their caregivers. *Health Qual Life Outcomes*. 2017 Apr 17;15(1):74.
36. Verma S, Sayal A, Vijayan VK, M.Rizvi S, Talwar A. Caregiver's burden in pulmonary arterial hypertension: a clinical review. *J Exerc Rehabil*. 2016 Oct 31;12(5):386–92.
37. Zarit SH, Reever KE B-PJ. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;1(20):649–55.
38. Affinito J, Louie K. Positive Coping and Self-Assessed Levels of Health and Burden in Unpaid Caregivers of Patients with End Stage Renal Disease Receiving Hemodialysis Therapy. *Nephrol Nurs J*. 2018;45(4):373–9.
39. Gresswell I, Lally L, Adamis D, McCarthy GM. Widening the net: exploring social determinants of burden of informal carers. *Ir J Psychol Med*. 2018 Mar 23;35(1):43–51.
40. Reyes-Vega C& R-MM. Estrategias de afrontamiento a la sobrecarga de cuidadores de pacientes con enfermedad renal en diálisis. *Enferm Nefrol*. 2021;24(2):149–61.
41. Cantekin I, Kavurmaci M, Tan M. An analysis of caregiver burden of patients with hemodialysis and peritoneal dialysis. *Hemodial Int*. 2016;20(1):94–7.
42. Priego EA, Ruiz AIA, Blanco RG, Montero RC. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2018;21(3):213–24.
43. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. E, Rodríguez Castilla J, Pereira Díaz B. Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales. *Rev Cubana Enferm*. 2015;31(4).
44. Toro M del CC, Garcés CRR. Family functionality in diabetic and hypertensive patients compensated and descompensate. *Theoria*. 2010;19(1):41–50.
45. María Del Carmen D, Rodríguez C, Montes DR, Ramos O, Ofelia Hernandez Díaz L.

- Family in health care. *Rev medica Electron*. 2014;36(4).
46. Rodríguez JM, Muyor-Rodríguez J. El cuidado del familiar dependiente: análisis de género en la política social española. *Rev Int Sociol*. 2019 Jan 1;(27):83–105.
 47. Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E. Influence of Gender and Care Strategy in Family Caregivers' Strain: A Cross-Sectional Study. *J Nurs Scholarsh*. 2016 Nov 1;48(6):587–97.
 48. Firat Kilic H, Prof A, Kaptanogullari H. A Bicommunal Study: Burden of Caregivers of Hemodialysis Patients. *Int J Caring*. 2017;10(3):1382.
 49. Reyes Jarquín Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel Correspondencia K, Reyes Jarquín Rafael Valdovinos K, Luisa Mónica González-Celis Rangel A. Effects of a Cognitive Behavioural Intervention to reduce burnout in caregivers of institutionalized elderly individuals. *Escritos Psicol*. 2016;9(1):15–23.
 50. Adejumo OA, Iyawe IO, Akinbodewa AA, Abolarin OS, Alli EO. Burden, psychological well-being and quality of life of caregivers of end stage renal disease patients. *Ghana Med J*. 2019;53(3):190–6.
 51. M^a Ángeles Ruiz Fernandez., Marta Isabel Diaz Garcia. AVC. Manual de Técnicas de Intervención cognitivo conductuales. 2012. 598 p.
 52. Bados A, Grau EG. La técnica de la reestructuración cognitiva. Barcelona: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona; 2010.
 53. Montes Delgado, Roberto; Oropeza Tena, Roberto; Pedroza Cabrera FJV, Lucero, Julio César; Enríquez Bielma JF. Manejo del estrés para el control metabólico de personas con diabetes mellitus tipo 2. *En-claves del Pensam*. 2013;7(13):67–87.
 54. Montañés MC. Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. 1st ed. Autor, editor. Valencia; 2005. 27 p.
 55. Gobierno de Aragón Departamento de educación, Universidad C y deporte. Entrenamiento en autoinstrucciones [Internet]. [cited 2019 Nov 8]. Available from: <http://cpjcfrag.educa.aragon.es/1112/autoinstrucciones.pdf>
 56. Castillo KNF, Quiñones TIS, Flores RG, Hemi CRN, Magdalena MIS. Intervención basada en el modelo de solución de problemas para cuidadores de enfermos renales crónicos. *Psicol y Salud*. 2018 Jun 4;28(2):251–9.

57. Zabalegui Yáñez A, Navarro Díez M, Cabrera Torres E, Fernández-Puebla AG, Bardallo Porras D, Rodríguez Higuera E, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(3):157–66.
58. Bardak S, Demir S, Aslan E, Turgutalp K, Celikcan HD, Dolarslan ME, et al. The other side of the coin in renal replacement therapies: the burden on caregivers. *Int Urol Nephrol*. 2019 Feb 4;51(2):343–9.
59. Yu ZL, Seow Y-Y, Seow PS, Tan BLK. Effectiveness of a day care program in supporting patients on peritoneal dialysis and their caregivers. *Int Urol Nephrol*. 2016 May 22;48(5):799–805.
60. Goto NA, van Loon IN, Boereboom FTJ, Emmelot-Vonk MH, Willems HC, Bots ML, et al. Association of Initiation of Maintenance Dialysis with Functional Status and Caregiver Burden. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2019 Jul 5;14(7):1039–47.
61. Taylor F, Gutteridge R, Willis C. Peer support for CKD patients and carers: overcoming barriers and facilitating access. *Heal Expect*. 2016 Jun;19(3):617–30.
62. Sherifali D, Ali MU, Ploeg J, Markle-Reid M, Valaitis R, Bartholomew A, et al. Impact of Internet-Based Interventions on Caregiver Mental Health: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 2018 Jul 3;20(7):e10668.
63. Ploeg J, Markle-Reid M, Valaitis R, McAiney C, Duggleby W, Bartholomew A, et al. Web-Based Interventions to Improve Mental Health, General Caregiving Outcomes, and General Health for Informal Caregivers of Adults With Chronic Conditions Living in the Community: Rapid Evidence Review. *J Med Internet Res*. 2017;19(7):e263.
64. Rosalinda Rivero-García* ES-G y NBJ-C. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes en programa de hemodiálisis generada por el ingreso hospitalario. Elsevier. 2015;36(2):72–7.
65. Craske MG, Rauch SL, Ursano R, Prenoveau J, Pine DS, Zinbarg RE. What is an anxiety disorder? *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1066–85.
66. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. Version mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicometricas. *Rev Mex Psicol*. 2001;18(2):211–8.
67. Gómez Clavelina FJ, Ponce Rosas ER. Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR (versión en español). *Atención Fam*. 2010 Nov 24;17(4):102–6.

68. Ramírez VJA, Río BR del, Russell MER, López CGF. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicol y Salud*. 2008;18(2):237–45.
69. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. [cited 2019 Sep 14]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
70. Bidegain N, Calderón C. Los cuidados de América Latina y el Caribe. CEPAL. 2018.
71. Órgano Oficial Comunicación científica. The woman as informal caregiver: Context and public policies in México. *Rev Investig Científica en Psicol*. 2018;15(2):167–327.
72. Delgado CEY, Arango R. AL, Salazar A, Arango EM, Jaramillo AL, Mora JE, et al. Taking Care of Another Person: “When my Body is Here But my Mind is Somewhere Else.” *Rev Ciencias la Salud*. 2018;16(2):294–310.
73. Osorio, A, Delgado M. Las cuidadoras primarias: Un cautiverio silenciado. *Rev Educ y Psicol*. 2021;1(2):16–24.
74. Comelin Fornés, Andrea; Leiva Gómez S. Necesidades emergentes del cuidado informal de mayores dependientes: Develando las voces de los cuidadores familiares. *Asoc interciencia*. 2018;43(5):358–64.
75. Fonseca Mardones I, Clave P. Influencia del género en la salud de las mujeres cuidadoras familiares. *Rev Chil Ter Ocup*. 2020;20(2):211–9.
76. Ruiz IJ, Nicolás MM. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Glob*. 2018;17(1):420–47.
77. Velasco Ramírez JF, Grijalva MG, González Pedraza Avilés A. Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. *Med Paliativa*. 2015;22(4):146–51.
78. Milena Hernández-Zambrano S, Torres Melo ML, Barrero Tello SS, Saldaña García IJ, Sotelo Rozo KD, Carrillo Algarra AJ, et al. Necesidades de cuidado paliativo en hemodiálisis percibidas por pacientes, cuidadores principales informales y profesionales de enfermería. *Enfermería Nefrológica*. 2019;22(2):141–9.
79. Zamarripa Esparza Emma Alexandra, Tamez Valdez Blanca Mirthala RFM. Vista de repercusiones del cuidado informal en la vida laboral y personal de las mujeres cuidadoras. *Rev Int Trab Soc y bienestar*. 2017;1(6):47–56.

80. Martínez Marcos M, De La Cuesta Benjumea C. [The experience of women care caregivers with chronic conditions of dependent relatives]. *Aten primaria* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2022 Mar 15];48(2):77–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26002750/>
81. Hernández-Cantú Enoc Isaí, Reyes-Silva Alan Karim Sayeg, Villegas-García Valeria Estefanía P-CJ. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. *Inst Mex del, seguro Soc*. 2017;25(3):213–20.
82. Lopez Hernandez I, Lopez Romero D, Arias Rico J, Lerma Talamantes A, Barrera Galvez R, Sanchez Gutierrez M. Intervención Cognitivo Conductual a través de un dispositivo háptico para evaluar ansiedad y sobrecarga en CP de pacientes con ERC. In: *Miscelánea científica en México*. 2020.
83. Garcia Morilla S, Bados A, Saldaña C. Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Red Rev científicas América Latina, el Caribe, España y Port*. 2012;42(2):245–58.
84. Mendoza Rodriguez PK. Efecto de una intervención cognitivo conductual en la adherencia al tratamiento de adolescentes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. UNAM; 2021.
85. Pérez Cadena MG. Propuesta de intervención cognitivo conductual para disminuir la sobrecarga del cuidador primario de niños con parálisis cerebral. UNAM; 2021.
86. Kim EY, Lee YN. Coexisting with the Life of Patients with Hemodialysis: Qualitative Meta-Synthesis Study of Life of Caregivers of Patients with Hemodialysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4).
87. Aranda-Paniora F. Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. *An la Fac Med*. 2017;78(3):277–80.
88. Real, Hussein YC. Niveles de ansiedad en cuidadores primarios de pacientes en cuidado paliativo del hospital rafael estévez, aguadulce 2020. Universidad Especializada de las américas; 2020.
89. Cesar W, Ponce C, Sayco AY, Mamani EF, Luis M, Tejada G. Las habilidades sociales y la comunicacion interpersonal de los estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano. *Rev Investig en Comun y Desarro*. 2016;7(2):5–14.

90. Ellis A, Grieger R. Handbook of rational-emotive therapy. New york: Springer: Publishing Company; 1977.
91. Cedillo Ildefonso B. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. Rev Electrónica Psicol Iztacala. 2017;20(1):239.
92. Jacobson E. Relajacion progresiva. 2da ed. Chicago: Universidad of Chicago Press; 1938.

XII. ANEXOS

Anexo 12.1. Manual de intervención cognitivo-conductual

Manual de Intervención para cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis

Intervención cognitivo-conductual

Irene López Hernández



El objetivo de este presente manual es instruir a los cuidadores primarios a emplear técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, autoinstrucción y habilidades sociales que le permitan ser resilientes ante el proceso salud enfermedad del paciente con enfermedad renal.

Este manual está dirigido a profesional de la salud, encargados de brindar programas de intervención a cuidadores informales de 18 años de edad en adelante que estén a cargo del cuidado de un paciente con enfermedad renal crónica en Diálisis peritoneal, Hemodiálisis o Trasplante. Enfocada en la evaluación, valoración y aplicación de técnicas de modificación conductual para favorecer la resiliencia, desarrollando conductas adaptativas en su contexto familiar, laboral y social.

El presente programa está estructurado en 4 componentes: relajación, reestructuración cognitiva, autoinstrucción y habilidades sociales, desarrollados en este orden de manera ascendente en complejidad. El componente de relajación pretende

brindar al CP habilidades conductuales para mejorar ritmo de respiración y mejorar el proceso cognitivo para la resolución de problemas. El segundo componente pretende identificar distorsiones cognitivas asociadas al cuidado para modificarlas.

El tercer componente consiste en hablarse a sí mismo para darse unas pautas-guía que le ayuden a resolver las tareas de forma autónoma, favoreciendo así la interiorización de los procesos mentales.

Finalmente, el último componente pretende desarrollar en el cuidador la habilidad social, el comunicar sus emociones y aprender a buscar ayuda. Cabe mencionar también que durante todas las sesiones se desarrollara de manera intermitente y sin excepción el componente de solución de problemas, propiciando en el cuidador un aprendizaje significativo, dando solución a casos prácticos de la vida cotidiana con relación con su labor de cuidado.

En cada uno de los componentes ya mencionados, se emplearán técnicas como, ensayo

conductual, modelamiento, retroalimentación cognitiva, imaginación, introspección.

El manual está construido con bases teóricas en psicología, específicamente en estrategias cognitivo conductuales, debido a que esta ha sido la técnica que ha mostrado efectividad y eficacia.

Las sesiones se organizan en 3 fases: Evaluación, Intervención, Post evaluación. En la fase de evaluación, permitirá evaluar el nivel de resiliencia, además se puede integrar algún instrumento que permita medir conductas o factores psicológicos derivados de la presencia o ausencia de resiliencia para conocer cómo se comportan las variables asociadas a la resiliencia.

En la fase de intervención se tiene como objetivo enseñar al cuidador nuevas conductas a partir de técnicas psicológicas cognitivo-conductuales que le permitan afrontar el proceso de

salud enfermedad del receptor de cuidado, además obtenga recursos para adaptarse y ser resilientes; La tercera fase, busca valorar el logro de aprendizaje de conductas habilidades aprendidas en la segunda fase.

Este manual cuenta con fichas de actividad para cada sesión y ejemplos que podrás encontrar en la sección de anexos.

Sesión

1

Presentación y evaluación

Objetivos

1. Presentación de terapeuta y cuidadores, así como los objetivos de la intervención.
2. Establecer lineamientos para una convivencia sana y generación de un ambiente de participación respetuosa.
3. Integrar al grupo de cuidadores para propiciar la participación en el desarrollo de las sesiones.
4. Evaluar a los cuidadores a través de una batería de pruebas psicométricas.

Materiales

- Infografía de lineamientos para el desarrollo de la intervención.
- Papeles pequeños con el nombre de una fruta en grupos de 5 o 6, según sea el número de cuidadores.

Estructura de la sesión

- Actividad 1. Lineamientos para el desarrollo de las sesiones. **Ver anexo I**
- Actividad 2. Dinámica de integración grupal.
- Evaluación Psicométrica (40 minutos).



REGLAS DE INTERVENCIÓN

Propósito

Establecer lineamientos para una convivencia sana y generación de un ambiente de participación respetuosa.

Habilidades a desarrollar

El cuidador desarrolló una participación activa durante las sesiones sin infringir las reglas establecidas.

Introducción

El terapeuta se presentará e indicará la importancia y objetivo de la intervención, así mismo solicitará a los cuidadores realicen una presentación breve. Señalará la importancia de establecer lineamientos para una convivencia sana y generación de un ambiente de participación respetuosa, por lo que indicará las reglas correspondientes haciendo uso de una infografía.

Actividades

Retroalimentación, aclaración o adecuación de algunos de los puntos establecidos.

Componente a desarrollar

Ninguno

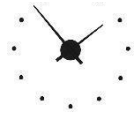
Procedimiento

El terapeuta realizará la revisión y aclaración de cada una de las reglas indicadas, en caso de ser necesario realizará alguna adecuación. Indicará que uno de los aspectos importantes es completar la evaluación psicológica en esta sesión, al finalizar la intervención



ENSALADA DE FRUTAS

30 min



Propósito

Integrar al grupo de cuidadores para propiciar la participación en el desarrollo de las sesiones.

Habilidades a desarrollar

El cuidador se integrará al grupo de trabajo y desarrollará empatía con sus pares.

Actividades

Ejecución de dinámica de integración grupal de cuidadores.

Componente a desarrollar

Ninguno

Introducción

El terapeuta solicita al cuidador que hagan un círculo con su silla procurando que no quede ningún obstáculo en el centro. El número de sillas que integran el círculo debe ser igual al número de participantes menos uno.



Procedimiento

Proporcionar a cada uno de los cuidadores un papel al azar. El cuidador debe estar sentado sobre su silla sin ningún objeto en sus piernas. El terapeuta hará mención del nombre de una fruta, aquellos que hayan sacado ese nombre deberán cambiar de silla quedando en otra completamente distinta a la suya. Aquel que quede de pie deberá comentar ante todos: Frase o comentario para motivar la labor de cuidado.

Se repetirá el ejercicio cambiando a la frase “Canasta de frutas” momento en que todos los cuidadores cambian de lugar entre sí, nuevamente quedando un alumno de pie que deberá responder a la misma pregunta. Repetir el ejercicio nombrando distintas frutas cada vez y alternando con canastade frutas.

Cierre

Generar un espacio de reflexión a través de la pregunta:

- ¿Por qué consideras importante trabajar de manera conjunta?

Sesión 2

“Aprendiendo a relajarme”

Objetivos

1. El cuidador aprenderá a inhalar y exhalar de manera efectiva.
2. El cuidador conocerá y practicará la relajación progresiva para ejecutarla en la vida cotidiana.

Materiales

- Material didáctico: Un globo por persona.

Estructura de la sesión

- Introducción a la respiración, conceptos básicos empleados para la técnica.
- Relajación progresiva de Jacobson.
- Comprender elementos y conceptos básicos de la intervención

APRENDIENDO A RESPIRAR

30 min

**Propósito**

El cuidador identificará:

- La importancia de la respiración y su repercusión para el proceso de relajación.
- Beneficios de la relajación.

Habilidades a desarrollar

El cuidador aprenderá a inhalar y exhalar con ayuda de un globo para posteriormente practicarlo en el momento deseado.

Componente a desarrollar

Relajación

Introducción

El terapeuta dará una breve introducción acerca de la importancia de la respiración y conceptos básicos a emplearse en esta técnica. Solicitará a los cuidadores tomarla

postura correcta y cómoda para iniciar con la técnica.

Procedimiento

El terapeuta proporcionará al cuidador un globo que solicitará que lo inflen, indicando que toque y sienta como se infla su estómago al momento de inhalar, posteriormente exhalar en el globo para poder inflarlo.

Realizar el ejercicio hasta inflar el globo a su máxima capacidad, realizarlo lentamente para evitar mareos.

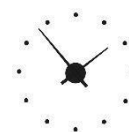
Cierre

Retroalimentación.

Pregunta reflexiva: ¿Cómo te sentiste con la técnica?

CUERPO RELAJADO

30 min



Propósito

El cuidador desarrollará la técnica de la relajación progresiva, misma que podrá ejecutar en la vida cotidiana.

Habilidades a desarrollar

-Conocer y sentir el cuerpo empleando las técnicas de relajación, tensión-distensión, contracción-expansión de movimientos corporales.

-Motricidad

-Concentración y relajación de diferentes partes del cuerpo.

-Respiración torácica.

-Importancia del descanso a partir de la relajación.

Componente a desarrollar

Relajación

Introducción

El terapeuta dará una breve introducción acerca de la importancia de la relajación y conceptos básicos a utilizarse en esta técnica. Solicitará a los cuidadores tomarla postura correcta y cómoda para iniciar con la técnica.

El terapeuta indicará a manera de lista los músculos del cuerpo con los que se hará el ejercicio, indicando el nombre y su localización.

Procedimiento

El terapeuta indicará la tensión y relajación de los músculos en la secuencia indicada. *Ver anexo II*

Cierre

Retroalimentación.

Pregunta reflexiva:

¿Cómo te sentiste con la técnica?

Sesión 3

“Pensamiento
= Conducta”

Objetivos

1. El cuidador conocerá y empleará conceptos básicos de la terapia cognitivo conductual.
2. Al finalizar la sesión, el cuidador será capaz de reconocer la importancia de sus pensamientos y conductas.

Materiales

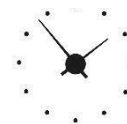
- Infografía
- Material para el cuidador 1

Estructura de la sesión

- Introducción a conceptos básicos empleados para la identificación de pensamiento y conducta.
- Identificación de pensamientos recurrentes y conductas recientes.
- Identificar cogniciones y conductas del cuidador. **Material para el cuidador 1.**

PENSAMIENTO=CONDUCTA

30 min

**Propósito**

El cuidador comprenderá los elementos y conceptos básicos de la intervención cognitivo conductual.

Habilidades a desarrollar

El cuidador será capaz de identificar las cogniciones y su relación con las conductas que ejecuta en la vida diaria.

Componente a desarrollar

Ninguno

Introducción

El terapeuta empleará como estrategia la exposición de conceptos básicos a emplear durante las sesiones terapéuticas, además de enfatizar en la relevancia de la relación de causalidad que tiene la conducta en relación con las cogniciones del cuidador.

Procedimiento

El terapeuta presentará infografía acerca del tema, resolviendo dudas y promoviendo la participación.

Preguntas: ¿Qué pensamiento recurrente has tenido en las últimas 2 semanas?, ¿Qué conductas son recurrentes en tu vida diaria en relación a tu labor de cuidado?, ¿Has intentado cambiar tu cognición y/o conducta?

Cierre: Retroalimentación

Tarea

De acuerdo a los conceptos revisados en la sesión, este formato te permitirá identificar de manera gráfica y fácilmente de acuerdo a las situaciones y/o problemáticas de la vida diaria en relación al cuidado de tu paciente, los pensamientos, emociones y conductas.

Completa el siguiente formato, tal como se ejemplifica, de manera que identifiques las situaciones a las que te enfrentas en tu vida diaria, los pensamientos, emociones y conductas.

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Mi familiar necesita Hemodiálisis.	¿Podré conseguir el dinero para pagar la hemodiálisis? ¿Porque nos pasa esto a nosotros?	Desesperación, preocupación	Llorar

Sesión 4

“ABC”

Objetivos

1. Comprender la relación que hay entre los eventos, la percepción y la emoción/conducta.
2. Aplicar los principios del ABC a situaciones prácticas de la vida diaria en el desarrollo de sus labores de cuidado.

Materiales

- Infografía
- Folleto
- Material para el cuidador 2

Estructura de la sesión

- Revisión de tarea
- Conceptos básicos empleados para la técnica para la aplicación de principios ABC a situaciones prácticas de la vida del cuidador.



Revisión de tarea

Introducción

El terapeuta retomará los conceptos de manera breve y solicitará a los cuidadores tengan a la vista el formato (Material para el cuidador 1) solicitará la participación voluntaria de exposición de un caso identificado con su respectivo pensamiento, emoción y conducta.

Procedimiento

Promover la participación activa de los cuidadores, generando un espacio de confianza y empatía de parte del terapeuta.

Retroalimentar los casos expuestos.

Cierre

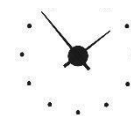
El terapeuta aclarará dudas, para finalizar con las siguientes preguntas:

Pregunta 1

¿Cuál es tu reflexión a partir de la tarea?

Pregunta 2

¿Qué situación fue difícil de identificar pensamiento, emoción o conducta?



¿ABC?

Propósito

El terapeuta presentará el modelo ABC de la terapia racional emotiva y conceptos básicos empleados para el proceso de reestructuración cognitiva.

Habilidades a desarrollar

El cuidador se familiarizará con los conceptos y la identificación de ellos en la vida cotidiana, de manera que se cumpla el objetivo del componente.

Componente a desarrollar

Reestructuración cognitiva

Introducción

El terapeuta empleará la estrategia expositiva para impartir e identificar elementos claves para la reestructuración cognitiva.

Procedimiento

El terapeuta se apoyará de una presentación electrónica para la visualización de diagramas que faciliten la comprensión. Indicará la importancia y el objetivo de la reestructuración cognitiva, así como la importancia de la identificación de los pensamientos irracionales.

Cierre

El terapeuta finalizará la presentación con la solución de preguntas, dudas o aclaraciones, fomentando la participación activa del cuidador.

Sesión 5

“ABC”

Objetivos

1. Comprender la relación que hay entre los eventos, la percepción y la emoción/conducta
2. Aplicar los principios ABC a situaciones prácticas de la vida diaria en el desarrollo de sus labores de cuidado.

Materiales

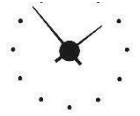
- Anexo III. Infografía: Reestructuración cognitiva.
- Material para el cuidador 5

Estructura de la sesión

- Revisión de tarea (Tiempo estimado: 20 minutos)
- Aplicación de principios ABC a situaciones prácticas de la vida del cuidador.
- Tarea: **Material para el cuidador 2**

“PENSÁNDOLO BIEN”

40 min

**Propósito**

Aplicación de principios ABC a situaciones prácticas de la vida cotidiana.

Competencias a desarrollar

El cuidador será capaz de identificar y aplicar los principios ABC a situaciones prácticas de la vida cotidiana en relación con sus labores de cuidado.

Componentes a desarrollar

Reestructuración cognitiva

Introducción

El terapeuta señalará la importancia de la identificación de los pensamientos y su relevancia para el proceso de reestructuración cognitiva.

Procedimiento

Identificación de las cogniciones del cuidador a través de cuestionario y autor registros.

-Identifique pensamientos importantes que producen malestar a partir del **Material para el cuidador 2**.

-Escriba pensamientos concretos

-Escriba cada pensamiento de forma separada.

Cierre

El terapeuta solicitará la participación voluntaria para que el cuidador comparta al menos uno de los casos activadores con los respectivos elementos señalados en el formato.

INSTRUCCIONES: Resuelve el siguiente formato durante la sesión sobre la teoría ABC de Ellis con respecto a tu papel de cuidador durante la semana.

A Acontecimiento activador	B Pensamientos y creencias sobre A	C Consecuencias emocionales y conductuales	D Cuestionamiento sobre los pensamientos y creencias B	E Efectos del cuestionamiento
¿Qué paso?	¿Qué paso por tu mente cuando A ocurrió? ¿Qué estabas pensando cuando A ocurrió?	¿Qué sentí cuando paso esto? ¿Qué hice cuando paso esto?	¿Qué pruebas tengo?	¿Cómo me sentí después de hacer el cuestionamiento? ¿Qué hice después de que hice el cuestionamiento?

Sesión 6

“Pensandolo diferente”

Objetivos

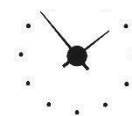
1. Identificar pensamientos irracionales de la vida cotidiana.
2. Reflexionar respecto a ideas irracionales asociados a la labor de cuidado.

Materiales

- Material para el terapeuta 2
- Actividad 1: ¿Qué pensamientos tengo?
- Material para el cuidador 4

Estructura de la sesión

- Revisión de tarea
- Actividad 1



Revisión de tarea

Introducción

El terapeuta retomara los conceptos de la lectura de manera breve y solicitara a los cuidadores su participación voluntaria acerca de su comprensión de la lectura.

Procedimiento

Pregunta 1

¿Qué es un pensamiento irracional?

Pregunta 2

Menciona un pensamiento irracional que hayas tenido recientemente

Cierre

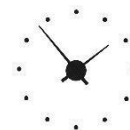
El terapeuta aclarará dudas, para finalizar con la siguiente pregunta:

Pregunta 3

¿Cuál es tu reflexión a partir de la tarea?

¿QUÉ PENSAMIENTOS TENGO?

20 min



Propósito

El cuidador identificará los pensamientos irracionales de la vida cotidiana asociada a su labor de cuidado.

Habilidades a desarrollar

El cuidador será capaz de reflexionar acerca de los pensamientos irracionales de su vida cotidiana en relación con sus labores de cuidado.

Componente a desarrollar

Reestructuración cognitiva

Introducción

El terapeuta empleará como estrategia la exposición de conceptos básicos en la identificación de pensamientos irracionales.

Conceptos:

Pensamiento irracional: Pensamiento inmediato de cuando se presentó el problema.

Emoción: Sentimiento.

Evidencia: Otra explicación a la problemática que cuestiona mi pensamiento.

Gravedad de la consecuencia: Consecuencias que yo pienso que son graves.

Utilidad: Utilidad de mis pensamientos.

Procedimiento

El terapeuta ejemplificará un pensamiento irracional con su respectiva emoción, evidencia, gravedad de consecuencia y utilidad.

Proporcionará el **material para el cuidador 4**, para que identifique sus pensamientos.

Cierre

El terapeuta solicitará a los cuidadores la participación voluntaria para compartir con el resto del grupo uno de los pensamientos irracionales, se realizará resolución de dudas y retroalimentación.

Material para el cuidador 3

20 min



INSTRUCCIONES: Completa el siguiente formato de acuerdo a los pensamientos irracionales de tu vida cotidiana en relación con tus labores de cuidado.

Pensamiento irracional	Emoción	Evidencia	Gravedad de la consecuencia	Utilidad
Mi familiar nunca volverá a estar sano.	Desilusión.	Hay pacientes renales que realizan las recomendaciones de su médico y su salud mejora.	Si no mejora el estado de salud de mi familiar, de cualquier forma saldremos adelante.	Pensar mucho me puede enfermar a mí también y debo estar bien para cuidar a mi familiar.

Sesión

7

“Cambiando mi pensamiento”

Objetivo:

1. Comprender el proceso de reestructuración cognitiva.
2. Aplicar la reestructuración cognitiva a situaciones cotidianas.

Material:

- Anexo III. Infografía: Reestructuración cognitiva.
- Material para el cuidador 5

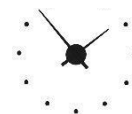
Estructura de la sesión:

- Actividad 1: Estructurando mi pensamiento
- Material para el cuidador 5

Actividad 1

“REESTRUCTURANDO MI PENSAMIENTO”

60 min



Propósito

El cuidador reconocerá la importancia de la identificación del pensamiento irracional para la búsqueda de pensamientos alternativos.

Habilidades a desarrollar

El cuidador será capaz de evaluar y analizar el pensamiento para la búsqueda de pensamientos alternativos.

Componente a desarrollar

Reestructuración cognitiva

Introducción

El terapeuta empleará como estrategia la exposición de infografía (**Ver anexo III**). Así como la importancia del cambio de pensamiento para lograr un cambio en la conducta.

Procedimiento

El terapeuta indicará el procedimiento para generar un cambio de pensamiento.

Búsqueda de pensamientos irracionales.

Evaluación y análisis de pensamientos automáticos.

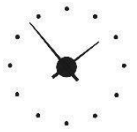
Búsqueda de pensamientos alternativos.

Solicitar al cuidador realizará la actividad solicitada en el **Material para el cuidador 5**.

Cierre

Resolución de dudas, lluvia de ideas y retroalimentación.

20 min



INSTRUCCIONES: Completa el siguiente diagrama de acuerdo a uno de los pensamientos irracionales que consideras cambiar en este momento.

Pensamientos irracionales

Pensamiento

Emoción

Conducta

Pensamientos alternativos

Pensamiento

Emoción

Conducta

Sesión 8

“Autoinstrucciones”

Objetivo:

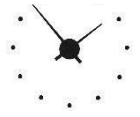
1. Identificar importancia y las 3 fases de la autoinstrucción.
2. Identificar de autoinstrucciones funcionales y disfuncionales.
3. Orientación a la solución de problemas a partir del uso de autoinstrucciones eficaces y adaptativas.

Material:

- Infografía
- Material para el cuidador 6

Estructura de la sesión:

- Presentación de las 3 fases del proceso de autoinstrucción.
- Ejercitar la habilidad de autoinstrucción.
- Identificar autoinstrucciones funcionales y disfuncionales.



Propósito

El cuidador reconocerá la importancia de la identificación del pensamiento irracional para la búsqueda de pensamientos alternativos.

Introducción

El terapeuta empleará como estrategia la exposición de infografía. Así como la importancia del cambio de pensamiento para lograr un cambio en la conducta.

Habilidades a desarrollar

El cuidador será capaz de evaluar y analizar el pensamiento para la búsqueda de pensamientos alternativos.

Componente a desarrollar

Reestructuración cognitiva

Procedimiento

El terapeuta indicará el procedimiento para generar un cambio de pensamiento.

-Identificar la situación estresante poniendo atención a las sensaciones y emociones que experimenta.

-Puesta en marcha del plan de autocontrol antes y durante la situación estresante.

-Después de la situación, elogiarse y reconocer los logros.

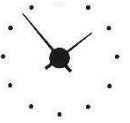
-Solicitar al cuidador, realice la actividad solicitada en el **Material para el cuidador 6.**

Cierre

Retroalimentación

Material para el cuidador 5

20 min



INSTRUCCIONES: Completa el siguiente formato para ejercitar la acción de auto instruirse . aplicado al contexto de cuidado y enfocado a la solución de problemas.

Posteriormente intercambiando las hojas de respuesta verificaremos si las respuestas son funcionales o disfuncionales con una ✓ en la columna que corresponda.

Autoinstrucciones			
Situación o problema	Palabras de mí para mi	Funcional	Disfuncional
Mi paciente se encuentra irritante y de malas conmigo			
Mi paciente está deprimido.			
Mi paciente me dice que quiere detener la diálisis y prefiere morir.			
Me he distanciado de mis amigos por dedicarle mucho tiempo a mi paciente.			
Me siento cansada y tengo insomnio.			
Me hace falta \$1000 para la sesión de diálisis.			
Se descompuso el auto con el que transporto a mi paciente.			

Sesión 9

“Autoinstrucciones y cierre”

Objetivos

1. Reconocer las demandas específicas de su labor de cuidado
2. Retroalimentación y verificación de cumplimiento de objetivos.
3. Evaluar a los cuidadores a través de una batería de pruebas psicométricas.

Materiales

- Batería de pruebas psicométricas.

Estructura de la sesión

- Verificar el cumplimiento de objetivos planteados al inicio de la intervención.
- Retroalimentación de las actividades realizadas, resolución de dudas.
- Evaluación Psicométrica (40 minutos).

Anexo I. INFOGRAFIA REGLAMENTO

Reglamento

Es importante establecer los lineamientos para el desarrollo de la intervención con el propósito de lograr una convivencia sana en un ambiente de participación respetuosa.

1. Puntualidad a la hora de la entrada.
2. Es muy valioso que usted asista a todas las sesiones.
3. Se permitirá la salida del taller cuando haya finalizado la sesión.
4. Su participación es muy relevante, para hablar será necesario levantar la mano y esperar su turno.
5. El respeto a los demás es fundamental.

La presente intervención tendrá una duración de 9 sesiones de 60 minutos, es decir, una hora.



Anexo II: RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

Para relajar los músculos de tu cuerpo:

Siéntate en un sillón o silla cómodo(a)

Concentras tu atención en tu mano derecha y aprietas el puño derecho lo más fuerte que puedas. Fíjate en la sensación de tensión que experimenta tu brazo derecho.

Después de unos 5 segundos suelta de golpe el puño (no poco a poco). Ahora fíjate en la sensación de relajación de tu brazo derecho. Repite este ejercicio una vez más.

Ahora haz lo mismo, dos veces, con tu brazo izquierdo

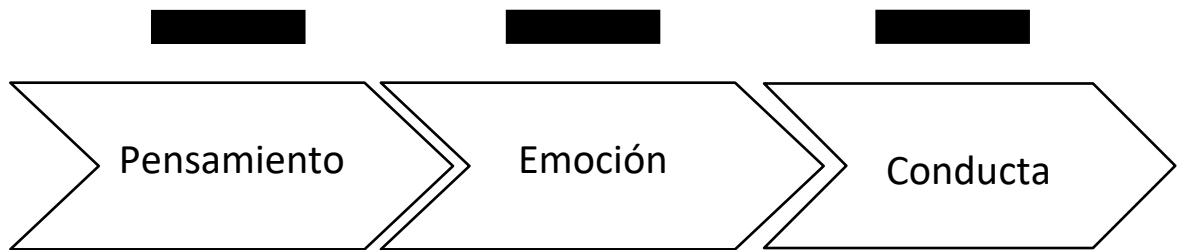
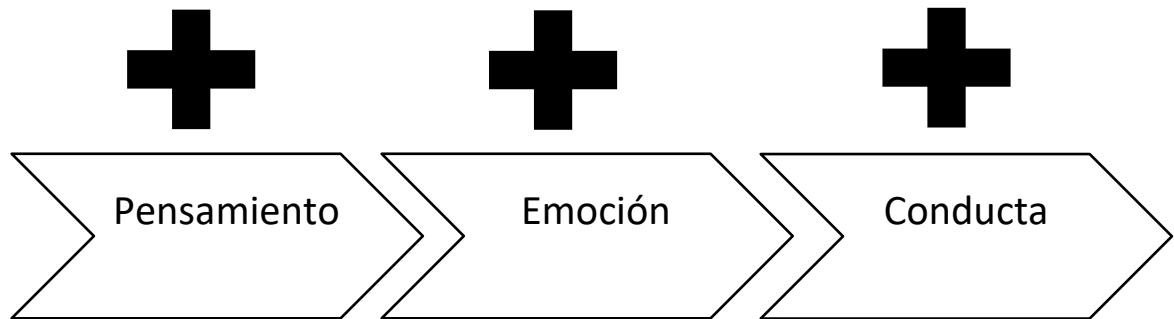
Continúa tensando y relajando dos veces cada uno de tus grupos musculares en el orden y con los ejercicios que aparecen en la siguiente tabla.

Al finalizar los ejercicios de todos los músculos se dedicarán 5 minutos a únicamente la relajación. Para esto se repiten las instrucciones anteriores de relajación.

Grupos musculares	Ejercicios
Mano y antebrazo Dominantes	Se aprieta el puño
Bíceps dominante	Se empuja el codo contra el brazo del sillón
Mano, antebrazo y bíceps nodominantes	Igual que el miembro dominante
Frente y cuero cabelludo	Se levantan las cejas tan alto como se pueda
Ojos y nariz	Se aprietan los ojos al tiempo que se arruga la nariz.
Boca y mandíbulas	Se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas. Se aprieta la boca hacia fuera. Se abre la boca.
Cuello	Se dobla hacia la derecha Se dobla hacia la izquierda Se dobla hacia delante Se dobla hacia atrás
Hombros, pecho y espalda	Se inspira profundamente manteniendo la respiración al tiempo que se llevan los hombros hacia atrás intentando que se junten los omóplatos.
Estómago	Se mete hacia adentro conteniendo la respiración. Se saca hacia fuera conteniendo la respiración.
Pierna y muslo derecho	Se intenta subir con fuerza la pierna sin despegar el pie del asiento (o suelo).
Pantorrilla	Se dobla el pie hacia arriba tirando con los dedos, sin despegar el talón del asiento (o suelo).
Pie derecho	Se estira la punta del pie y se doblan los dedos hacia adentro.

Anexo III. INFOGRAFIA: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Cambiar pensamientos irracionales por uno alternativo funcional racional.



Anexo 12.2. Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI).

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

INSTRUCCIONES: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique cuanto le ha afectado en la última semana, incluyendo hoy.

N.	Ítems	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido				
2	Acalorado				
3	Con temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarse				
5	Con temor a que ocurra lo peor				
6	Mareado, o que se le va la cabeza				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8	Inestable				
9	Atemorizado o asustado				
10	Nervioso				
11	Con sensación de bloqueo				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto, inseguro				
14	Con miedo a perder el control				
15	Con sensación de ahogo				
16	Con temor a morir				
17	Con miedo				
18	Con problemas digestivos				
19	Con desvanecimientos				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores, fríos o calientes				

Anexo 12.3. APGAR Familiar

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

INSTRUCCIONES: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas, marcando con una Cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en tu familia.

n.		NUNCA	A VECES	SIEMPRE
		0	1	2
1	¿Estás satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
4	¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasa juntos?			
5	¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

Anexo 12.4. Escala de sobrecarga del cuidador ZARIT

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

INSTRUCCIONES: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas, marcando con una Cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal.

1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Bastantes veces 5. Casi siempre

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR –ZARIT	1	2	3	4	5
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Anexo 12.5. Consentimiento informado para cuidadores primarios.

Acepto de manera libre, consecuente y voluntaria a participar en el proyecto, comprometiéndome a contestar las pruebas, así como asistir en la intervención antes descrita. Soy conocedor de la autonomía que poseo para retirarme cuando yo lo crea necesario sin necesidad de justificación alguna.

Nombre del cuidador

Firma _____

Nombre de la responsable de la intervención

Lic. En Psicología Irene López Hernández

Maestría en ciencias Biomédicas y de la salud

Firma: _____

Tulancingo de Bravo, Hidalgo. A _____ de _____ del 2020.

Anexo 12.6. Cuestionario de cuidadores informales de pacientes con ERC

Lugar y Fecha_____

Nombre completo: _____

Sexo: ☐ M ☐ F Edad: _____ años.

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐ Separado

Domicilio. _____

Escolaridad:

☐ Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Universitario

¿Trabaja actualmente? ☐ Sí ☐ No Donde:

Tiempo que lleva siendo cuidador: _____ años.

Tiempo durante el día que dedica al cuidado: _____ hrs.

Parentesco con el receptor de cuidado: _____

Tratamiento actual del paciente:

☐ Diálisis

☐ Hemodiálisis

☐ Trasplante

Enfermedad antes de ser cuidador: _____

Enfermedades posteriores a convertirse en cuidador: _____