



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**  
**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DOCTORADO EN CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO SALUDABLE**

**TESIS**

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL  
TELEPSICOLÓGICA DIRIGIDA A FACTORES  
PSICOSOCIALES DE CUIDADORES PRIMARIOS  
DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS**

**Para obtener el grado de**  
**Doctora en Ciencias del Comportamiento Saludable**

**PRESENTA**

Mtra. María Luisa Escamilla Gutiérrez

**Directora**

Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

**Codirectora**

Dra. Ania Esther Vizcaíno Escobar

**Comité tutorial**

Dr. Abel Lerma Talamantes

Dr. Oscar Galindo Vázquez

Dra. Lilián Elizabeth Bosques Brugada

Pachuca de Soto, Hidalgo, México., marzo 2025



# Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Psicología

Department of Psychology

11 de marzo de 2025

Asunto: Autorización de impresión de tesis

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

El Comité Tutorial de la tesis titulada: *"Intervención cognitivo-conductual telepsicológica dirigida a factores psicosociales de cuidadores primarios de pacientes oncohematológicos"*, realizada por la sustentante: María Luisa Escamilla Gutiérrez, con número de cuenta: 220545, estudiante del programa de posgrado de Doctorado en Ciencias del Comportamiento Saludable, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado tiene a bien extender la presente:

## AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

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

Atentamente  
"Amor, Orden y Progreso"  
El Comité Tutorial



DIRECTORA	Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña	
CO-DIRECTORA	Dra. Annia Esther Vizcaino Escobar	
ASESOR	Dr. Abel Lerma Talamantes	
ASESOR	Dr. Oscar Galindo Vázquez	
ASESORA	Dra. Lilián Elizabeth Bosques Brugada	

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

"Amor, Orden y Progreso"



2025



uaeh.edu.mx

## **Agradecimientos**

Este proyecto de investigación fue realizado con el apoyo económico de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), número de CVU 854813.

Durante noviembre 2023 se hizo una estancia de investigación en la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba.

Agradezco al Hospital General “Dra. Columba Rivera Osorio” del ISSSTE y específicamente al Servicio de Hematología a cargo del Dr. Noe Romero Bautista, por confiar en el trabajo del psicólogo en el ámbito hospitalario y creer en la salud integral, promoviendo la participación de las cuidadoras en esta investigación.

Al Hospital General de Pachuca, al Servicio de Psicología, en especial a la Mtra. Aida Lorena López Silva y al Servicio de Hematología por el apoyo recibido para poder realizar la investigación.

A las cuidadoras que, sin conocerme, me brindaron su confianza, tiempo y esfuerzo. Espero que con este tipo de estudios podamos empezar a hacer algo con mayor impacto social que permita seguir apoyándoles.

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por ser mi alma mater y darme siempre un voto de confianza para superarme como profesionista.

Al Área Académica de Psicología-ICSa, por el apoyo recibido para concluir el doctorado.

Mi más sincero y afectuoso agradecimiento a la Dra. Rebeca por creer en mí y apoyarme a crecer durante la licenciatura, la maestría, el doctorado y como investigadora. Ha sido para mí un maravilloso ejemplo a seguir, como docente, directora de tesis, profesionista y como ser humano.

Gracias a la Dra. Annia por involucrarse profunda y pacientemente en este proyecto y guiarme para su excelente culminación. Así como mostrarme una forma tan humana de codirigir una tesis.

Al Dr. Oscar, al Dr. Abel, a la Dra. Lilián y a la Dra. Isis, por sus atinadas sugerencias y comentarios para fortalecer esta investigación. He aprendido mucho.

Gracias a mis compañeras y amigas de Medicina Conductual, Maetzin, Cristina, Lindsay y Vianney por haber fungido como juezas de la intervención y por brindarme siempre su ayuda incondicional.

A mis alumnas y alumnos: Saraí, Aracely, Alison, Jack, Denisse, Atzimba, Víctor y Amisadai por sumarse a este proyecto y haberme acompañado en cada una de sus etapas.

A mis compañeras y compañero de la primera generación del doctorado en ciencias del comportamiento saludable: Zind, Yessie, Ale y Gabo, porque a pesar de la frustración, estrés y confusión que nos embargó por ser “hijos primogénitos”, siempre existió la palabra de aliento, la mano amiga para salir adelante, y por supuesto, las risas. Sin ustedes este proceso no hubiera sido lo mismo.

A Silvia y a Hernán por haber sido un gran equipo y haberme ayudado con la clínica, mientras que yo tenía que cumplir con las actividades del doctorado. Además de brindarme su amistad y contención emocional siempre que lo he necesitado.

A mis demás amigas y amigos por estar y siempre impulsarme a dar lo mejor de mí.

Infinitas gracias a mi familia, porque sé que siempre que los necesito están allí.

A mi tía Cecy por siempre apoyarme en todo con mucho cariño y hacerme la vida más sencilla.

Agradezco inmensamente a las personas más importantes de mi vida, mis padres por siempre estar conmigo con todo su amor y enseñarme que con disciplina, integridad y dedicación todo se puede lograr.

¡Infinitas Gracias!

## Índice

Resumen	7
Abstract	8
1. Marco teórico	11
1.1 Enfermedad oncohematológica	11
1.2 Características del cuidador primario informal	14
1.3 Factores psicosociales asociados al cuidador primario informal	15
1.4 Modelos que abordan al cuidador primario informal	19
1.4.1 Modelo del proceso de estrés	19
1.4.2 Modelo transaccional del estrés	20
1.4.3 Modelo teórico expandido del cuidado	22
1.4.4 Modelo de creencias de la salud	23
1.4.5 Teoría del comportamiento planificado	23
1.5 Telepsicología y alfabetización digital	24
1.6 Estado del Arte	27
1.6.1 Factores Psicosociales asociados al Cuidador Primario Informal	27
1.6.2 Intervenciones diseñadas para los Cuidadores Primarios Informales	16
1.6.3 Relación de los componentes de intervención y las variables dependientes	33
2. Planteamiento del Problema	34
2.1 Justificación del estudio	34
3. Método	36
3.1 Fase I. Validación de la intervención	36
3.1.1 Pregunta de Investigación	36
3.1.2 Objetivo General	36
3.1.3 Objetivos Específicos	36
3.1.4 Hipótesis	36
3.1.5 Tipo de Estudio y Diseño	36
3.1.6 Participantes	37
3.1.7 Procedimiento	37
3.2 Fase II. Intervención	38
3.2.1 Preguntas de Investigación	38
3.2.2 Objetivos Generales	38

3.2.3	Objetivos específicos	39
3.2.4	Hipótesis	40
3.2.5	Tipo de Estudio y Diseño	41
3.2.6	Participantes	41
3.2.7	Procedimiento	42
3.2.8	Variables y Categorías de Análisis	45
3.2.9	Instrumentos	48
3.3	Análisis de resultados	49
3.4	Consideraciones bioéticas y de bioseguridad	51
4.	Resultados	54
4.1	Fase I. Validación de la intervención	54
4.2	Fase II. Intervención	55
4.2.1	Sobrecarga	56
4.2.2	Apoyo social percibido	57
4.2.3	Autoeficacia	58
4.2.3	Estilos de afrontamiento	60
5.	Discusión y Conclusiones	91
	Referencias	96
	Apéndices	120
	Apéndice 1. Consentimiento Informado	120
	Apéndice 2. Encuesta de datos sociodemográficos	123
	Apéndice 3. Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores mexicanos de pacientes oncológicos.	125
	Apéndice 4. Inventario de afrontamiento COPE Breve	127
	Apéndice 5. Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS)	129
	Apéndice 6. Escala de Autoeficacia General	130
	Apéndice 7. Guía de entrevista al cuidador primario (Pre-evaluación)	131
	Apéndice 8. Cuestionario para post-evaluación	133
	Apéndice 9. Guía de entrevista para seguimiento	134
	Apéndice 10. Dictamen de aprobación de Comité de Ética e Investigación	135
	Apéndice 11. Cartas descriptivas de la intervención	138

## Índice de tablas

Tabla 1. Estudios sobre los factores psicosociales asociados con los CPI	8
Tabla 2. Intervenciones implementadas en los CPI.	19
Tabla 3. Definición conceptual y operacional de las variables	45
Tabla 4. Definición conceptual y operacional de las variables confusoras	46
Tabla 5. Categorías de análisis de la fase cualitativa	47
Tabla 6. Concordancia entre jueces (Coeficiente Gamma)	54
Tabla 7. Datos sociodemográficos de las cuidadoras primarias	55
Tabla 8. Resultados de la Escala de Entrevista de Carga de Zarit	56
Tabla 9. Evidencia cualitativa de la sobrecarga	57
Tabla 10. Resultados de la Escala de Apoyo Social Percibido	58
Tabla 11. Evidencia cualitativa del apoyo social	58
Tabla 12. Resultados de la Escala de Autoeficacia General	59
Tabla 13. Evidencia cualitativa de la autoeficacia	59
Tabla 14. Resultados del Inventario de Afrontamiento COPE Breve	60
Tabla 15. Cambio Clínico Objetivo de los resultados del Inventario de Afrontamiento COPE Breve	61
Tabla 16. Evidencia cualitativa de los estilos de afrontamiento en la respuesta a la pregunta ¿Cómo reaccionó ante una situación difícil como cuidadora	62
Tabla 17. Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el tiempo invertido en el cuidado del paciente	64
Tabla 18. Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el tiempo invertido en el autocuidado de la CPI	66
Tabla 19. Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el nivel de tensión de los CPI	67
Tabla 20. Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el número de actividades placenteras que realizaron las CPI	68
Tabla 21. Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el nivel de autoeficacia percibida por el CPI para cuidar al paciente	70
Tabla 22. Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el nivel de autoeficacia percibida por el CPI para cuidar de sí mismo	71
Tabla 23. Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el número de actividades que el cuidador realizó para cuidar del paciente	72

Tabla 24. Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el número de actividades que el cuidador realizó para cuidar de sí mismo.	74
--	----

### **Índice de figuras**

Figura 1. Modelo del Proceso de Estrés de Pearlin	20
Figura 2. Modelo Transaccional del Estrés	21
Figura 3. Modelo Teórico Expandido del Cuidado	22
Figura 4. Componentes de la intervención	33
Figura 5. Procedimiento de la Fase I de la investigación	37
Figura 6. Procedimiento de la Fase II de la investigación	43
Figura 7. Procedimiento de la Fase II de la investigación (fase experimental)	44
Figura 8. Registro del tiempo invertido en el cuidado del paciente	63
Figura 9. Registro del tiempo invertido en el autocuidado de la CPI	65
Figura 10. Registro del nivel de tensión de la CPI	66
Figura 11. Registro del número de actividades placenteras que la CPI realizaba	68
Figura 12. Registro del nivel de autoeficacia percibida por el CPI para cuidar al paciente	69
Figura 13. Registro del nivel de autoeficacia percibida por el CPI para cuidar de sí mismo	70
Figura 14. Registro de las actividades que el cuidador realizó para cuidar del paciente	72
Figura 15. Registro de las actividades que el cuidador realizó para cuidar de sí mismo	73

## Índice de Abreviaturas

APA: American Psychological Association	DERS-E: Difficulties in Emotion Regulation Scale
AS-MOS: Cuestionario de Apoyo Social de MOS	DIAC: Documento Individual de Adaptación Curricular
AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test	ECVS-FC: Escala de valoración de calidad de vida y satisfacción en familiares cuidadores.
BAI: Inventario de Ansiedad de Beck	ECZ: Entrevista de Carga de Zarit
BBQ: Brunnsviken Brief Quality of Life Scale	ENDUTIH: Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares
BDI: Inventario de Depresión de Beck	FACT-G: Distress Thermometer, General
BMT-CARE: bone marrow transplant care	FBI: Family Burden Interview Schedule
CAE: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés	FSFI: Female Sexual Function Index
CarGOQOL: Caregiver Oncology Quality of Life Questionnaire	GAD-7: Generalized Anxiety Disorder
CASE-T: Cancer Self-Efficacy Scale—Transplant	GHQ-12: General Health Questionnaire
CBI: Zarit Burden Interview	GSE: General Self-Efficacy Scale
CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression	HADS: Hospital Anxiety and depression Scale
CISS: Coping Inventory for Stressful Situations Questionnaire	IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado
COPE: Coping Orientation to Problems Experienced	IES: Escala de Impacto de Eventos
CPI: Cuidador Primario Informal	INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía
CRA: Caregiver Reaction Assessment	LEC: Life Events Checklist
CSI: Caregiver Strain Index	LLA: Leucemia Linfocítica Aguda
CTXD: Cancer and Treatment Distress Scale	LLC: Leucemia Linfocítica Crónica
DASS: Escala de Depresión Ansiedad Estrés	LMA: Leucemia Mieloide Aguda
	LMC: Leucemia Mieloide Crónica
	MCS: Modelo de Creencias en Salud

MOCS: Measure of Current Status

MSHQ: Male Sexual Health Questionnaire

MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support

OMS: Organización Mundial de la Salud

PC-PTSD: Primary Care Posttraumatic Stress Disorder

PHQ-9: Patient Health Questionnaire

POMS-TMD: Profile of Mood States

PROMIS Global Health-10:

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index

PSS-10: Perceived Stress Scale (Escala de Estrés Percibido)

QOL: Quality of Life

SCNS-34: Supportive Care Needs Survey

SCNS-P&C: Partner and Caregiver Supportive Care Needs Survey

MQLI: Multicultural Quality of Life Index

SES: The Rosenberg Self-esteem Scale

SF-12: Short Form 12 Health Survey

SF-36: Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey

SOC-13: Standard questionnaire of Antonovsky coherence

SOC-29: Orientation to life Questionnaire

STAI: State-Trait Anxiety Inventory

TBI-CareQol: patient-reported outcome measurement system developed specifically for caregivers of people with traumatic brain injury.

TCH: trasplante de células madre hematopoyéticas

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

WHO-QOL-BREF: Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS

## Resumen

Los cuidadores primarios informales de pacientes oncohematológicos presentan sobrecarga que es prevenible si se cuenta con apoyo social, autoeficacia y estilos de afrontamiento adecuados. Es indispensable crear intervenciones accesibles. El objetivo de este estudio fue determinar el cambio clínico de una intervención cognitivo-conductual telepsicológica sobre la percepción de sobrecarga, la autoeficacia, el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento de cuidadores primarios informales de pacientes oncohematológicos. La primera fase de la investigación correspondió a la validación de la intervención mediante jueces. En la segunda fase se empleó un enfoque mixto de diseño anidado concurrente, con un diseño de caso único tipo A-B de línea base múltiple intra e inter sujeto y un enfoque fenomenológico. Se utilizó un muestreo intencional para seleccionar cuatro mujeres, a quienes se les aplicó en la preevaluación, postevaluación y seguimiento una batería de instrumentos estandarizados (*Entrevista de Carga de Zarit, Inventario de Afrontamiento COPE breve, Escala de Apoyo Social Percibido y Escala de Autoeficacia General*). También se usaron autorregistros y entrevistas semiestructuradas. La intervención cognitivo conductual telepsicológica estuvo compuesta de nueve sesiones. En los análisis de datos se emplearon los índices de: cambio clínico objetivo, nivel, tendencia, variabilidad y estabilidad, así como un análisis de contenido. Los resultados del cambio clínico de la intervención no son concluyentes, pues a nivel cuantitativo no se registra un patrón determinado en ninguna de las variables. A nivel cualitativo, las cuidadoras coinciden en que la intervención les fue de utilidad para ejercer su rol, siendo estos últimos los más relevantes.

**Palabras clave:** Cuidador primario informal, oncohematología, factores psicosociales, intervención cognitivo-conductual, telepsicología.

## **Abstract**

Informal primary caregivers of onco-hematologic patients are overburdened, which is preventable if social support, self-efficacy, and appropriate coping styles are available. It is essential to create accessible interventions. This study aimed to determine the effect of a cognitive-behavioral telepsychological intervention on the perception of overload, self-efficacy, perceived social support, and coping styles of informal primary caregivers of oncohematological patients. The first phase of the investigation was validating the intervention by judges. In the second phase, a mixed concurrent nested design approach was used, with an A-B single case design of multiple intra and intersubject baselines and a phenomenological approach. An intentional sampling was used to select four women, who were subjected to pre-assessment, post-evaluation, and follow-up using a suite of standardized tools (Zarit Load Interview, Short COPE Coping Inventory, Perceived Social Support Scale, and General Self-efficacy Scale). Self-recordings and semi-structured interviews were also used. The cognitive behavioral telepsychological intervention consisted of nine sessions. The data analysis used the indices of clinical change objective, level, trend, variability and stability, as well as a content analysis. The results of the effect of the intervention are not conclusive since at a quantitative level, there is no pattern in any of the variables. At the qualitative level, caregivers agree that the intervention was useful to them in exercising their role, the latter being the most relevant.

**Key Words:** Informal primary caregiver, oncohematology, psychosocial factors, cognitive-behavioral intervention.

## Introducción

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021) y la cuarta en México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021a). En el 2022 el cáncer hematológico correspondió al 6.56% de los diagnósticos de cáncer (Internacional Agency for Research on Cancer, 2022a).

Esta enfermedad va a afectar gravemente la calidad de vida de quien lo padece y de su cuidador primario informal (CPI), es decir, ese familiar o amigo cercano que se responsabiliza por el paciente, de tomar decisiones por él sobre su estado de salud y de satisfacer sus necesidades, esto sin recibir remuneración económica (Beattie y Lebel, 2011; Camacho et al., 2010; Dionne-Odom, et al., 2019; El-Jawahri et al., 2015).

Se ha observado que el cuidado de otros va a tener consecuencias psicológicas, tales como estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga (Bevans y Sternberg, 2012; Carey et al., 2017; Deniz e Inci, 2015; Dionne-Odom, et al., 2019; Nipp et al., 2016; Suárez y Niño, 2019), pero que existen factores protectores como la autoeficacia, el apoyo social y los estilos de afrontamiento adaptativos, que pudieran disminuir los riesgos.

Se ha identificado que la intervención cognitivo-conductual es la que ha dado mejores resultados con los CPI en comparación con intervenciones sólo psicoeducativas, informativas o educativas (Adamuz et al., 2018; Amador-Marín y Guerra-Martín, 2016; Cerquera y Pabón, 2014; Zabalegui, 2008). El ejecutar las intervenciones a través de la telepsicología podría traer beneficios como por ejemplo que no tendrían que viajar ni dejar de hacer ciertas actividades para reunirse presencialmente con el terapeuta, reduciendo costos y esfuerzo.

De acuerdo con lo antes señalado, el objetivo de esta investigación fue determinar el cambio clínico de una intervención cognitivo-conductual telepsicológica en los niveles de sobrecarga, la autoeficacia, el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento de cuidadores primarios de pacientes oncohematológicos que reciben atención en un hospital de segundo nivel de Pachuca, Hidalgo, México.

Este documento está organizado en cinco capítulos principales: 1) Marco teórico, en él se describe la epidemiología del cáncer hematológico, el perfil del cuidador primario informal, los factores psicosociales derivados del cuidado, los modelos teóricos que los

explican y el estado del arte de la investigación (variables que se han estudiado y las intervenciones que se han realizado). 2) Planteamiento del problema: Se describe el problema que se investigó y la justificación que explica la relevancia del estudio. 3) Método: está dividido en dos fases; la Fase I de validación de la investigación y la Fase II de la intervención, se plantean las preguntas, los objetivos, las hipótesis y los procedimientos. Se redactan las definiciones conceptuales y operacionales de las variables estudiadas, se plantean las variables confusoras y se describen detalladamente los instrumentos utilizados. Se concluye con las consideraciones bioéticas. 4) Resultados: Se presentan los resultados de la investigación por fases y su análisis cuantitativo y cualitativo y 5) Discusión y conclusiones: Se expone la discusión y las conclusiones más relevantes que arrojó esta investigación.

Como apartados finales se muestran las referencias consultadas y los apéndices (consentimiento informado, pruebas estandarizadas, cuestionarios cualitativos, dictámenes de aprobación de los comités de ética e investigación y las cartas descriptivas de la intervención).

## **1. Marco teórico**

### **1.1 Enfermedad oncohematológica**

El cáncer es una enfermedad en la que las células se multiplican descontroladamente, puede aparecer en cualquier parte del cuerpo y se puede diseminar a otras partes generando una metástasis. El tipo de cáncer depende del lugar en el que se ubique (National Cancer Institute [NIH], 2021).

Las enfermedades oncohematológicas son aquellas patologías cancerígenas que afectan a las células de la sangre, provocando leucopenia (déficit de glóbulos blancos), trombocitopenia (bajos niveles de plaquetas) y hemoglobina baja (anemia). Las más comunes son las leucemias, los linfomas y los mielomas en todas sus variantes (Nondedeu, 2011).

La leucemia es un tipo de cáncer que por lo regular afecta la producción de leucocitos. Estas pueden ser agudas (que avanza rápidamente) o crónica (que avanza lentamente). Puede ser mieloide o linfoide dependiendo de la línea celular afectada (American Cancer Society, s.f.).

El linfoma es un cáncer que afecta los linfocitos del sistema linfático, provocando adenopatías (inflamación en los ganglios). Existen dos tipos principales: linfoma de Hodgkin (con presencia de células Reed-Sternberg) y linfoma no Hodgkin (Regional Cancer Care Associates, 2023).

El mieloma múltiple es un tipo de cáncer donde las células plasmáticas de la sangre, afectando los huesos, los niveles de calcio y los riñones (American Cancer Society, s.f.).

A nivel mundial, el cáncer provoca cerca de 10 millones de fallecimientos al año, es decir, una de cada seis muertes se debe a esta patología, por lo anterior, es considerada la segunda causa de morbilidad y mortalidad (OMS, 2021). De estas defunciones el 7.2% corresponden a pacientes con cáncer hematológico. Asimismo, se calcula que, del total de casos diagnosticados con cáncer, el 6.5% son provocados por una neoplasia oncohematológica (International Agency for Research on Cancer, 2022a).

En el 2022 se registraron 19,976,499 nuevos casos de cáncer, de los cuales, 82,469 corresponden a linfoma de Hodgkin, 553,389 a linfoma no Hodgkin, 187,952 a mieloma

múltiple y 487,294 a leucemia (International Agency for Research on Cancer, 2022a). Es decir, el cáncer hematológico corresponde a 6.56% de esos diagnósticos.

La leucemia es la más común, se estima que se diagnosticarán 60,530 casos nuevos y que ocurrirán 23,100 fallecimientos por esta causa en Estados Unidos. Para ser más específicos, la leucemia mieloide aguda (LMA) es la más frecuente en adultos, principalmente en adultos mayores con una edad promedio de 68 años. Se pronostica que la incidencia de esta patología será de 19,940 y que provocará 23,100 muertes. Aunque la LMA es de los tipos más comunes de leucemia, representa solo el 1% de los cánceres (American Cancer Society, 2022a).

La leucemia linfocítica aguda (LLA) representa el 1% de los cánceres diagnosticados en Estados Unidos. Se estima que en 2022 se identificaron a 6,600 personas con esta enfermedad sin importar su grupo etario. Cerca de 4 de cada 10 personas con un diagnóstico de LLA son adultos. Se pronostica que se presentarán 1,560 muertes, de las cuales, el 80% serán de adultos. Esta enfermedad es más común en población pediátrica y en adultos de más de 50 años (American Society of Clinical Oncology, 2022a).

Otro tipo de leucemia también común en los adultos es la leucemia mieloide crónica (LMC). Aproximadamente, el 15% de los casos de leucemia pertenece a la LMC, se esperaba que en 2022 se diagnosticara a 8,860 pacientes con esta patología. La mayoría serían adultos con una edad media de 64 años. Esta enfermedad provocaría 1,220 muertes (American Society of Clinical Oncology, 2022b).

La leucemia linfocítica crónica (LLC) constituye el 25% de todas las incidencias de leucemia. Se diagnosticaron a 20,160 personas de todas las edades en Estados Unidos. El promedio de edad de las personas que reciben este diagnóstico rondaba los 70 años. Es el tipo de leucemia más común en adultos de más de 19 años, con el 38% de los diagnósticos. Se estima que la LLC ha producido 4,410 muertes (American Society of Clinical Oncology, 2022c).

Otra de las neoplasias hematológicas que más se presentan son los linfomas. El linfoma de Hodgkin tendría una incidencia de 8,540 y se estima que 920 personas fallecieron

debido a este tipo de cáncer en Estados Unidos. Es más común que se presente entre los 20 y 29 años, así como después de los 55 años (American Cancer Society, 2022b).

El linfoma no Hodgkin representa el 4% de los cánceres, 80,470 fueron diagnosticados con este tipo de neoplasia y 20,250 murieron por esta causa. Es más común en edad pediátrica y en adultos jóvenes, pero el riesgo de aparición vuelve a presentarse después de los 65 años (American Cancer Society, 2022c).

Por último, el mieloma múltiple que es el menos común, se estima que 34,470 casos nuevos fueron diagnosticados y aproximadamente 12,640 personas fallecieron por esta razón (American Cancer Society, 2022d).

En México, en el 2020 se registró a los tumores malignos como cuarta causa de muerte, con un total de 90,645 casos; aproximadamente 1,965 más que en el 2019 (INEGI, 2021a). De los tipos de cáncer que provocan más muertes en los grupos de edad de los 0 a 29 años son la leucemia y el Linfoma no Hodgkin (INEGI, 2021b).

En México, a inicios de la década actual se registró una prevalencia de 577,487 casos de cáncer, de los cuales, 11.9% de ellos son debido a las enfermedades oncohematológicas (Internacional Agency for Research on Cancer, 2022b).

En Hidalgo (lugar en donde se llevó a cabo este estudio), los últimos datos reportados acerca del cáncer hematológico fueron del año 2012, donde se siguen identificando a los tumores de los órganos hematopoyéticos como una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en personas menores y mayores de 20 años (INEGI, 2015).

Ser diagnosticado con alguna enfermedad oncológica impacta física y psicológicamente en la calidad de vida de las personas, pues conlleva muchos cambios, lo que complica la adaptación a la enfermedad (García y Navarro, 2017; Martínez-Basurto et al., 2014; Suárez y Niño, 2019). Sin embargo, los pacientes oncohematológicos cuentan con características específicas que hacen más difícil esta situación, por ejemplo, Rivera-Fong (2014) plantea lo siguiente: 1) los esquemas de quimioterapia a los que se enfrentan son agresivos y extensos (duran cerca de dos años). 2) Se presentan hospitalizaciones frecuentes y prolongadas (pueden alcanzar más de 30 días), ya sea para el tratamiento o por las complicaciones graves que se presentan. 3) La inmunosupresión derivada de los esquemas

de quimioterapia es severa, lo que provoca que el riesgo de infecciones y el aislamiento social incrementen. 4) Como consecuencia de la plaquetopenia, se le prescribe reposo absoluto, lo que implica alimentarse, asearse, defecar y miccionar en la cama, aumentando la dependencia hacia un cuidador. 5) Durante todas las fases de la enfermedad se les somete a múltiples procesos médico-invasivos sumamente dolorosos. 6) El riesgo de complicaciones y de mortalidad es alto. Además, 7) el tratamiento es excesivamente caro, lo que deriva en el fenómeno de toxicidad financiera (Dionne-Odom et al., 2019; Instituto Nacional del Cáncer, s.f.; Wise y Daver, 2018).

## **1.2 Características del cuidador primario informal**

Los pacientes no son los únicos perjudicados por la enfermedad, también su familia, específicamente su CPI, es decir, algún familiar o amigo cercano que se responsabiliza por el paciente, de tomar decisiones por él sobre su estado de salud y de satisfacer sus necesidades, esto sin recibir ningún pago y entre quienes existen fuertes lazos afectivos (Beattie y Lebel, 2011; Camacho et al., 2010; Chaparro, 2011; Dionne-Odom, et al., 2019; El-Jawahri et al., 2015).

Para describir a los CPI, estudios refieren que en su mayoría son mujeres de entre 18 y 89 años, el parentesco con el paciente es de esposa o madre (Benedetto et al., 2022; Bekui et al., 2022; Chaghazardi et al., 2022; Escalante et al., 2022; INEGI, 2023) Además, se calcula que dedican al cuidado de su paciente de 36 a 41 horas a la semana (National Alliance for Caregiving, 2016).

En un estudio de la *National Alliance for Caregiving* del 2016 que tenía como objetivo analizar las experiencias de brindar cuidados informales no remunerados a personas con cáncer de Estados Unidos, en el que participaron 111 cuidadores primarios de personas con cáncer se encontró que 58% eran mujeres, 88% cuidaban a un pariente, 39% vivían con la persona que cuidaban, 50% notificó que sufría de mucho estrés debido al cuidado, 25% tenía problemas financieros, 50% tenían un trabajo, además de ser cuidadores, trabajaban 35 horas a la semana, 72% colaboraba con actividades médicas, 43% manifestaron que necesitaban ayuda para manejar el estrés y 43% para tomar decisiones con respecto al final de la vida. Duraban aproximadamente 2 años siendo cuidadores.

En estudios más recientes de la *National Alliance for Caregiving* del 2020 se reporta que en Estados Unidos se presentó un aumento de 9.5 millones de CPI de 2015 a 2020. Actualmente existen 53 millones, lo que representa más de un cuidador de cada cinco estadounidenses. El 39% fueron hombres y el 61% mujeres, la mayoría, 35% en el rango de edad de los 50-64 años. También señala que los CPI tienen una peor salud que los de hace cinco años; en 2015, 17% admitía tener una mala salud y en 2020, el 21% reportó lo mismo. 24% cuida a más de una persona y el 53% sentían que no tuvieron elección. En promedio, designaban 23.7 horas al cuidado por semana. Asimismo, el 36% reportaron niveles altos de estrés y 21% se sentían solos. Económicamente, el 18% se sentían presionados.

En Cuba, en un estudio realizado por Rizo et al. (2016) en 58 CPI de pacientes oncológicos en estado avanzado, se encontró que el 88.66% eran mujeres y el 11.34% hombres, predominando el grupo etario de 55-59 años (24.53%). La mayoría tenía un nivel educativo medio (43.40%), siendo los cónyuges (33.96%) y los hijos (20.75%) los más representados. La mayoría habían cuidado a su paciente de uno a tres años (49.05%).

En Colombia, se evaluaron a 50 CPI de pacientes oncológicos terminales y se observó que el 88% eran mujeres, de entre 24 y 29 años, la mayoría en unión libre y eran madres cuidadoras de hijos (75%) y tenían un periodo de 4 a 6 años ejerciendo este rol. De estos CPI 90% mostraban miedo por el futuro y 80% por no estar brindando un buen cuidado (Amador et al., 2020).

Específicamente en México, las características de los CPI es que la mayoría son mujeres, a la cual se le ha delegado este papel durante muchos años por tradición cultural, además son las que se perciben más autoeficaces para proveer cuidados. La mayoría cuenta con una edad superior a los 50 años, casada, hija o cónyuge del paciente. En promedio, dedica 14 horas diarias a su rol de cuidadora, solo el 29% posee un empleo, el 74% no tiene apoyo de otros cuidadores y del personal médico (Hurtado-Vega, 2021).

### **1.3 Factores psicosociales asociados al cuidador primario informal**

Los CPI tienen que hacerles frente a muchas de las situaciones a las que el paciente está expuesto, por ejemplo, tienen que apoyarlos durante todas las fases de la enfermedad (el diagnóstico, el tratamiento [incluido el trasplante de células hematopoyéticas], el

seguimiento y los cuidados paliativos), lidian además con otros estresores como el verificar que se sigan las medidas de higiene extremas y las indicaciones médicas. Se enfrentan a la toxicidad financiera, la cual se agrava ya que, ellos mismos tienen que dejar sus empleos para poder cuidar al paciente. De igual modo, se presenta el descuido de su salud y la aparición de conflictos emocionales (Deniz e Inci, 2015; Grover et al., 2019; Suárez y Niño, 2019; Rivera-Fong, 2014). Si el CPI llegara a enfermarse, su capacidad de cuidado se vería disminuida y por tanto el estado de salud física y psicológica del paciente se vería afectado (Deniz e Inci, 2015; Nipp et al., 2016; Dionne-Odom et al., 2019). Por lo tanto, cuidar al cuidador es de suma importancia.

Asimismo, se ha detectado que las principales consecuencias psicológicas que surgen de cuidar a una persona son estrés, ansiedad, depresión, sobrecarga y, por ende, una pobre calidad de vida (Benedetto et al., 2022; Camarena, 2020; Murguía et al., 2020; Soriano et al., 2022; Vega et al., 2023).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1991) el estrés es una transacción entre el individuo y su entorno, donde este último es percibido como amenazante o que rebasa sus recursos para hacerle frente y, por tanto, su bienestar se encuentra en riesgo. El estrés está íntimamente ligado con las estrategias de enfrentamiento, afrontamiento o *coping*, descritas como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1991, p. 141). Estas estrategias se dividen en dos tipos, las centradas en el problema y las centradas en la emoción. Las primeras, son las que se enfocan en encontrar alternativas de solución eficaces, que evalúan el costo-beneficio de su aplicación y se dirigen con conductas concretas. Las estrategias centradas en la emoción son procesos cognitivos que funcionan para disminuir o modular el malestar emocional derivado del problema, éstas comúnmente se emplean cuando el individuo considera que no puede hacer nada ante la situación (Abedi et al., 2020; Espinoza-Salgado et al., 2017).

Se ha encontrado que la prevalencia de estrés en los CPI de pacientes oncohematológicos es del 16% y que, de manera general, las estrategias de afrontamiento más usadas son las centradas en el problema, principalmente las de tipo religioso, mientras

que, en el caso de las centradas en la emoción, las más usadas son las de auto distracción y desahogo (Sutan et al., 2017). Cuando se comparan a madres y padres, se ha descubierto que las madres usan estrategias como la búsqueda de apoyo social y religioso. Los padres consumen sustancias y aceptan la situación como afrontamiento. Sin embargo, los autores no señalan los porcentajes de prevalencia de los mismos (Chivukula et al., 2018).

La ansiedad es otra de las afectaciones por las que pasa un CPI, esta es definida como el estado emocional aversivo caracterizado por tensión y nerviosismo, acompañado de síntomas fisiológicos (Beck et al., 1988). Se ha estimado que la ansiedad se presenta de un 16% al 68% de los CPI. Tanto la ansiedad como el estrés aparecen en las etapas iniciales de la enfermedad porque se desconoce todo de esta última, además el CPI no se encuentra seguro de si posee las habilidades necesarias para el cuidado del paciente (Carey et al., 2017; Chivukula et al., 2018; Dionne-Odom et al., 2019). En un estudio en Colombia, se identificó que los CPI presentaban ansiedad 70% por dificultades económicas y por responsabilidades que tenían que cumplir simultáneamente (Amador et al., 2020).

Con respecto a la depresión, esta se caracteriza por tristeza, irritabilidad, sensación de vacío, pérdida de interés y placer por las actividades, así como, dificultad para concentrarse, falta de esperanza, sentimientos de culpa, alteraciones en el apetito y el sueño (OMS, 2023). La depresión se manifiesta del 5% al 67% de los CPI, se detecta en el transcurso de la enfermedad, esto se debe a su naturaleza prolongada y su necesidad de cuidado, así como lo demandante del rol que no permite realizar otras actividades (Amador et al., 2020; Carey et al., 2017; Chivukula et al., 2018; Dionne-Odom et al., 2019).

Por su parte, la sobrecarga es entendida como el estado (actitudes, emociones, cambios y perturbaciones) que son consecuencia de cuidar a una persona dependiente, el cual, amenaza la salud física y mental del cuidador (Zarit et al., 1980). La sobrecarga en un CPI de un paciente con cáncer es comparada con la que sufre un CPI de una persona con demencia, de igual modo se ha detectado que el CPI puede presentar el mismo nivel de estrés o incluso niveles mayores que el paciente (Bevans y Sternberg, 2012).

Además, se presentan otras situaciones relacionadas con el cuidado de alguien, que puede incrementar el malestar del CPI, especialmente cuando el paciente tiene una enfermedad avanzada, asimismo que la persona que padece la enfermedad sea dependiente

del cuidador, también ser el único CPI que regularmente no recibe apoyo social, tener problemas económicos, atender los problemas psicológicos del paciente, ser joven, no ser el cónyuge y no tener experiencia ni preparación para cuidar a una persona con cáncer (Dionne-Odom et al., 2019; Effendy et al., 2015; Suárez y Niño, 2019).

Como puede observarse, se han descrito factores de riesgo y consecuencias asociadas a ser un CPI, sin embargo, también están presentes factores protectores, por ejemplo, el apoyo social que es conceptualizado como “un proceso interactivo en el que se puede obtener ayuda instrumental, emocional y afectiva de la red social, teniendo un efecto protector sobre la salud y un amortiguador del estrés que causa una enfermedad” (Arteaga et al., 2017, p.1668). Se ha reportado que, a mayor apoyo social, menor sobrecarga y depresión en los CPI (Shiba et al., 2016; Wang et al., 2016). Además, es relevante señalar que, hay reportes de que el apoyo social percibido tiene mayor injerencia en la salud mental que el apoyo social real (Hernández et al., 2019). De igual forma en una investigación realizada por Benedetto et al. 2022, que tuvo como finalidad explorar las asociaciones entre las necesidades/problemas relacionados con la enfermedad y la carga en los padres de niños con leucemia o enfermedad de Hodgkin en una muestra de 33 cuidadores, se encontró que un 22.7% reportaron niveles moderados de carga, lo que sugiere la necesidad de recibir apoyo práctico en el cuidado del paciente o en la organización de la vida familiar o del hogar.

Finalmente, la autoeficacia es el grado de confianza en las capacidades de uno mismo para ejecutar cierto comportamiento frente a obstáculos o barreras que puedan presentarse (Glanz et al., 2008). En el caso de los CPI, la autoeficacia puede ser descrita como la valoración que realiza sobre sus propias capacidades para organizar y ejecutar las conductas necesarias para ejercer adecuadamente su rol de cuidado y manejar la sobrecarga. La autoeficacia puede ser un mediador entre la sobrecarga, el estrés y la depresión del CPI (Penagos y Vargas-Escobar, 2020).

Existen varios factores protectores y de riesgo asociados al cuidado, sin embargo, en esta investigación se retomaron únicamente los que fueron abordados.

## 1.4 Modelos que abordan al cuidador primario informal

Hay diversos modelos teóricos y empíricos que se han esforzado en explicar las problemáticas a las que se enfrentan los CPI, en seguida se explicarán los más conocidos.

### 1.4.1 Modelo del proceso de estrés

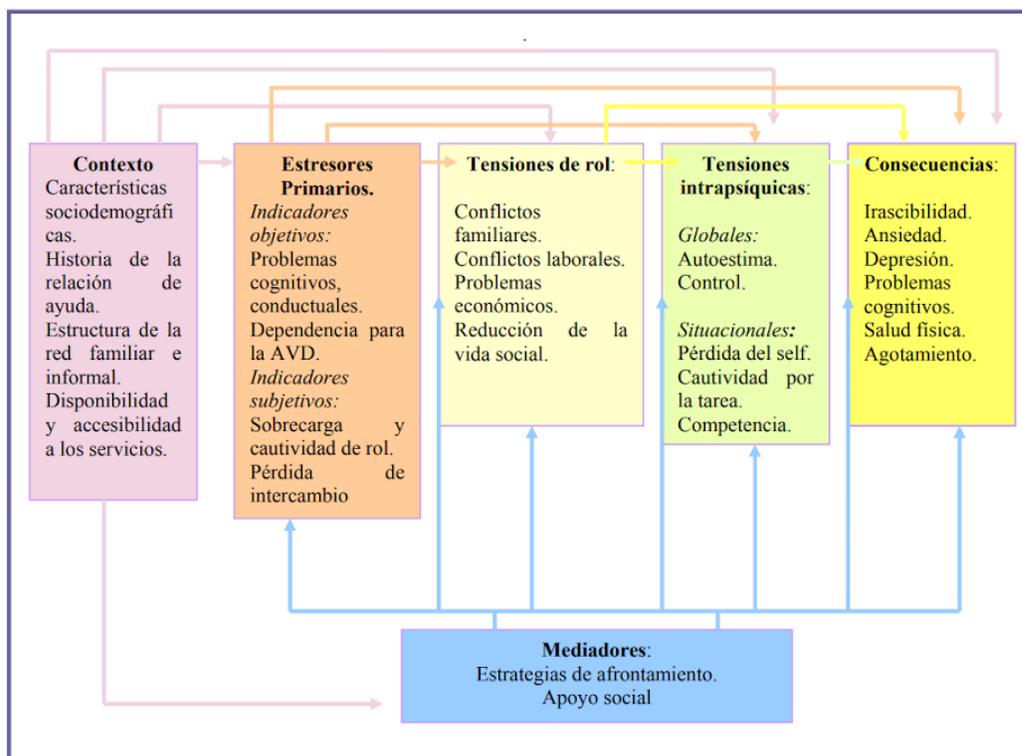
A continuación, se explica el modelo de Pearlin et al. (1981), el cual entiende de manera multidimensional las variables que pueden predecir el impacto negativo del cuidado en el CPI (ver figura 1):

1. Los primeros elementos que se describen son las *variables contextuales* que son las que influyen en la adaptación al cuidado, pueden aumentar el estrés y disminuir el bienestar del CPI. Se incluyen las características sociodemográficas del CPI y del paciente (la edad, el sexo, el estado civil, el nivel económico y situación laboral), la estructura y vínculo familiar, la convivencia, la presencia de más cuidadores, la accesibilidad a servicios de salud y el tiempo que destina a brindar cuidado.
2. También propone la presencia de *estresores primarios objetivos* que incluyen el nivel de dependencia del paciente y las responsabilidades que derivan de él. Los estresores primarios objetivos tendrían un impacto emocional en los CPI, a éstas se les conoce como *estresores primarios subjetivos*, los cuales engloban la sobrecarga, preocupación, tensión, cansancio emocional, la cautividad del rol (el CPI siente que no puede escapar a su rol de cuidador) y pérdida de intercambio íntimo con el paciente.
3. Los estresores pueden repercutir en otras áreas de la vida del CPI, esto es conocido como *estresores secundarios*, los primeros son las *tensiones de rol* que se evidencian por conflictos familiares, problemas económicos, desempleo, postergación de actividades sociales y reducción del tiempo libre y los segundos son las *tensiones intrapsíquicas* que encierra la pérdida de autoestima, la sensación de poder controlar las situaciones que se le presentan y de la percepción de identidad personal. Son considerados estresores secundarios porque no se derivan directamente de la enfermedad, sino de otros factores.
4. El impacto de estos estresores se vería moderado por el *afrontamiento y el apoyo social*. Por último, el ser CPI podría traer *consecuencias físicas y psicológicas*

(depresión, ansiedad y otros trastornos) que podrían desembocar en el abandono del rol de cuidador.

**Figura 1**

*Modelo del proceso de estrés de Pearlin*



*Nota:* Adaptado de *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuesta de intervención psicosocial* (p.59), por S. Carretero et al., 2007, Universidad de Alicante.

### 1.4.2 Modelo transaccional del estrés

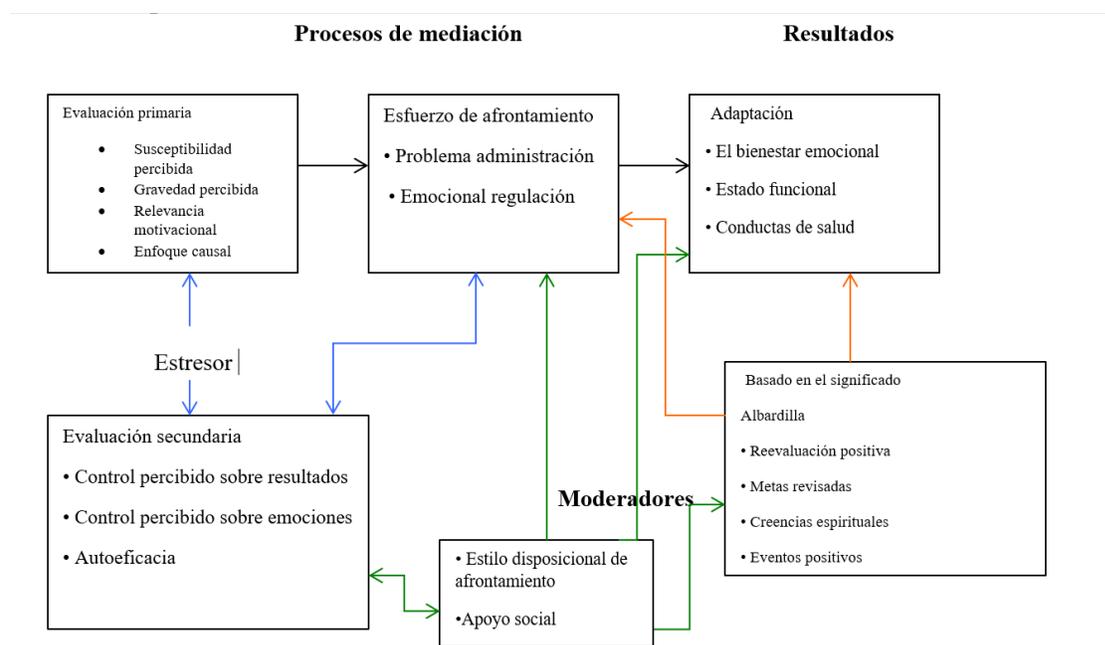
La presente investigación está basada en el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Cohen (1977), ya que explica los procesos de afrontamiento por los cuales atraviesa una persona, o en este caso, el CPI ante experiencias estresantes y el cómo se construyen como persona y transacciones ambientales, en las que el impacto del estresor externo, o demanda, es mediada por la valoración que hace el CPI del factor estresante y los efectos psicológicos, sociales y recursos culturales a su disposición.

Cuando la persona o el CPI enfrentan a un estresor, esta evalúa amenazas o daños potenciales (*evaluación primaria*), así como su capacidad para cambiar la situación y manejar las emociones negativas (*evaluación secundaria*). Se observan esfuerzos reales de

adaptación, orientados a la gestión de problemas. Manejar y regular las emociones, conduce a resultados favorables de afrontamiento (por ejemplo, bienestar psicológico, estado funcional y cumplimiento). Extensiones recientes de la Teoría del Afrontamiento, también componente de este modelo, sugieren que también deben tenerse en cuenta los estados psicológicos positivos. Por lo tanto, durante los períodos de estrés, ocurren múltiples eventos importantes que pueden permitir que las influencias positivas y negativas coexistan al mismo tiempo. Por ejemplo, el afecto positivo tiende a facilitar el procesamiento de información relevante para uno mismo, éste se desempeña como un amortiguador contra las consecuencias fisiológicas del estrés y actúa como protección contra la depresión (ver figura 2).

**Figura 2**

*Modelo transaccional del estrés*



*Nota.* Adaptado y traducido de *Comportamiento de salud y educación para la salud* (p.216), por K. Glanz et al., 2008, Jossey-Bass.

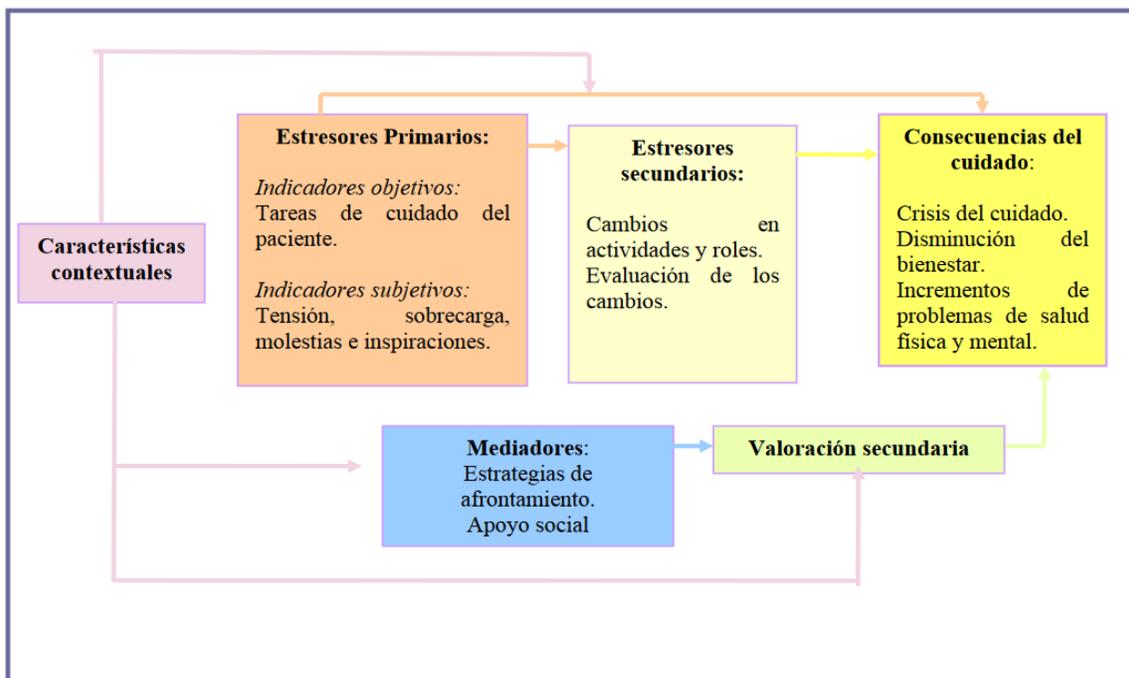
### 1.4.3 Modelo teórico expandido del cuidado

Zarit (1989) incorpora el concepto de *evaluación secundaria* del modelo de Lazarus y Folkman (1977) al modelo de Pearlin (1981). Para él, la autoevaluación de los recursos de cada cuidador será determinante para padecer sobrecarga o no.

Para Zarit (1989) los cuidadores tienen valoraciones específicas de la situación de cuidado, basándose en la percepción que se tiene de los estresores y los propios recursos con los que cuentan, lo que podría predecir el abandono del cuidado. Es decir, cuando el cuidador valora sus recursos personales como adecuados, este podrá continuar su labor sin presentar tensión o afectaciones físicas y emocionales. Por otro lado, cuando los recursos son excedidos por los estresores, puede desembocar en una crisis, incrementando la sobrecarga (ver figura 3).

**Figura 3**

*Modelo Teórico Expandido del Cuidado*



*Nota:* Adaptado de *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuesta de intervención psicosocial* (p.61), por S. Carretero et al., 2007, Universidad de Alicante.

#### **1.4.4 Modelo de creencias de la salud**

Otro modelo que se ha empleado para explicar lo que les sucede a los CPI es el Modelo de Creencias de la Salud que se sustenta en la interacción entre creencias y comportamientos (Reina et al., 2017).

Con base en este modelo, para que las personas lleven a cabo conductas saludables, éstas deben creer que son susceptibles a enfermarse, segundo, que esta enfermedad puede ser severa en su vida y tercero, que tomar acciones puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad y severidad, superando las barreras que pudieran presentarse (Rimer, 2008).

En el caso de los CPI de pacientes oncológicos, se identificó que todos los participantes creen que el desempeño de su rol puede poner en riesgo su salud, considerándose susceptibles de enfermarse con severidad moderada, ya que su salud se ha visto afectada. Por otro lado, las barreras que señalan son dificultades en el apoyo espiritual y material del personal sanitario, falta de información para ejercer con éxito su rol y no identifican a alguien que les apoye en el cuidado. Los beneficios de dormir de 6 a 8 horas, tener una buena comunicación con el personal de salud y dedicar tiempo para ellos mismos, es reducir la probabilidad de enfermarse (Reina et al., 2017).

#### **1.4.5 Teoría del comportamiento planificado**

La Teoría del Comportamiento Planificado explica el comportamiento de personas que están expuestas a estrés y enfatiza el uso de comportamientos para la solución de problemas. Esta teoría relaciona las creencias individuales con los comportamientos que están influenciados por tres estructuras (Abedi et al., 2020):

- a) Creencias sobre los resultados probables de su comportamiento y la valoración de los resultados.
- b) Creencias sobre las expectativas de esos resultados.
- c) Creencias sobre los facilitadores o inhibidores de comportamientos, que ayudarían a predecir este último.

Este modelo ha servido para crear intervenciones para los CPI, basadas en el entrenamiento en solución de problemas (Abedi et al., 2020).

Estos modelos teóricos han sido aplicados a las problemáticas de los CPI tanto en estudios observacionales como el caso del modelo de creencias de la salud (Reina et al., 2017), como en estudios experimentales como la teoría del comportamiento planificado (Abedi et al., 2020) y el modelo transaccional del estrés (Laudenslager et al., 2015). Para fines prácticos de este estudio, como ya se señaló, está basado en el modelo transaccional del estrés.

Es importante considerar que las intervenciones basadas en la telepsicología pueden tener varias ventajas y desventajas como se presenta a continuación.

### **1.5 Telepsicología y alfabetización digital**

Se entiende por telepsicología a “la prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación, mediante el procesamiento de la información por medios eléctricos, electromagnéticos, electromecánicos, electro-ópticos o electrónicos” (American Psychological Association [APA], 2013, p.8).

Asimismo, la APA (2013) señala diferentes medios, como dispositivos móviles, computadoras, teléfono, videollamadas, correo electrónico, página web, blogs, redes sociales, es decir, la información se puede transmitir de manera escrita, oralmente, por imágenes u otros tipos de datos. Al mismo tiempo, la comunicación puede ser asincrónica (correo electrónico) o sincrónica (llamada telefónica). También va a depender de qué tanta interacción tenga el psicólogo con el usuario, por ejemplo, en una plataforma en la que se colocan los contenidos (De la Torre y Pardo, s.f.).

La modalidad de la telepsicología posee ventajas y desventajas, por ejemplo, dentro de las ventajas se encuentra la accesibilidad en personas que tienen dificultades para presentarse a atención tradicional, facilitan el inicio de terapia cuando se padece agorafobia u otros trastornos, es rentable y eficaz, se mantiene la regularidad, información siempre disponible, permite la multidisciplina, existe mayor evidencia de su efectividad en la psicología clínica y de la salud (Arguero et al., 2021; Cabas-Hoyos, 2020; Pérez et al., 2022). También existen limitantes, pues no todos usan la tecnología, como los adultos mayores, grandes dificultades para atender a personas en crisis, requiere de una inversión inicial para adquirir los aparatos tecnológicos, ausencia de normativa legal, riesgo para la protección de

la información y de la veracidad de la información que se proporciona, los profesionales no están capacitados para trasladar lo presencial a lo virtual, se necesita más investigación (APA, 2013; De la Torre y Pardo, s.f.).

Para usar la telepsicología, se tienen que considerar algunas pautas éticas, tales como que el psicólogo debe estar preparado para guiar intervenciones por este medio, así como para actuar en emergencias, se debe comprobar que la modalidad usada sea segura y eficaz, evaluar la conveniencia para el cliente, evaluar el estado biopsicosocial del paciente, tener en cuenta la competencia y conocimiento del paciente para usar dispositivos tecnológicos, evaluar el escenario en el que se llevará a cabo la intervención, en el que se pueda tener privacidad y seguridad de la información, que sea cómodo y sin interrupciones. También resulta imprescindible brindar consentimiento informado, señalando los riesgos de esta modalidad, como el posible hackeo de la información, la transmisión de virus, robo de dispositivos, software defectuoso, etcétera. Así como tener copias de seguridad que deberán destruirse al concluir la atención (APA, 2013).

Con esta modalidad de atención, los CPI se podrían ver beneficiados, pues no tendrían que viajar ni dejar de hacer ciertas actividades para reunirse presencialmente con el terapeuta, reduciendo costos y esfuerzo. Sin embargo, es importante tener en cuenta las barreras mencionadas, para reducirlas lo más posible. La descripción de intervenciones realizadas en cuidadores primarios de pacientes oncológicos, se describirán más adelante.

Para considerar la posibilidad de ejecutar intervenciones basadas en la telepsicología, es importante conocer el contexto del uso de la tecnología en el país.

De acuerdo con el INEGI (2024), la ENDUTIH estimó que, en 2023 el 81.2 % de la población en México eran personas usuarias de internet lo que equivale a 97 millones de personas en un rango de edad de seis años en adelante. Asimismo, se registra que 97.2 millones de personas usaban un teléfono celular, lo que equivale 81.4 % de la población de 6 años en adelante; aunado a ello, el grupo de 18 a 24 años presentó el mayor porcentaje de personas usuarias de internet, con 96.7 por ciento, no obstante, en 2022 el grupo de 55 a 64 años presentó un porcentaje del 62.3% y para 2023 aumentó 6.9 puntos porcentuales su uso de internet, siendo así el grupo que más incrementó sus usuarios de internet en México. En

2023, el uso del internet para comunicarse fue de un 93.3 %, para redes sociales en un 91.5 %, para entretenimiento en general 88.1 % y por último con menos frecuencia 11.8 % para ventas en internet.

Durante la pandemia por COVID-19 la forma en la que las personas se comunicaban sufrió cambios trascendentales, pues no se podía establecer una interacción cara a cara como cotidianamente se hacía y las redes sociales se convirtieron en grandes aliadas para mantener la comunicación y el intercambio de información (Salgado, 2021). Sin embargo, esta interacción no ha sido sencilla para algunas personas, demostrando una brecha digital importante, de donde surge la alfabetización digital, que se encarga de reducir esta brecha entre los conectados y no conectados, entre tecnófilos y tecnófobos, es decir, entre personas que saben aprovechar la tecnología y aquellos que no (Martínez, 2021).

Aunque los adultos medios y tardíos no cuentan con suficientes habilidades tecnológicas, experiencia y actitudes, es importante que adquieran competencias tecnológicas. En 2020, se evaluaron diez aplicaciones usadas para la alfabetización digital, por medio de una revisión sistemática, de ésta resultó que las mejores valoradas son: *Zoom*, *Google Meet*, *WhatsApp*, *YouTube* y *Google Drive*. El *Zoom* fue la mejor evaluada, ya que es intuitiva, accesible, altamente compatible con sistemas operativos, es la más usada a nivel mundial, se pueden programar reuniones individuales y grupales, las sesiones se pueden grabar y se pueden visualizar varias veces, también es posible vincular con otras aplicaciones y cuenta con recursos de comunicación. El *WhatsApp* es la segunda mejor evaluada como una herramienta clave de comunicación que permite transferir, traducir y transformar información para el proceso educativo de adultos mayores. Al respecto, en el plano regional se llevó a cabo un estudio con el propósito de demostrar la importancia de la educación en línea para los adultos mayores, se entrevistaron a 36 adultos mayores de una edad promedio de 62 años de Pachuca, Hidalgo, y también concluyeron que *Zoom* es la mejor herramienta de videollamada, porque se puede descargar en sistema operativo Android e IOS, cuenta con aplicación para escritorio y con herramientas para la comunicación interna, permite compartir archivos y pantalla, tiene una interfaz intuitiva y sencilla de manipular. De las apps de mensajería, los adultos mayores seleccionaron a *WhatsApp*, por ser fácil de usar en

comparación con otras apps, es intuitiva, se pueden realizar videollamadas, compartir pantalla, llamadas y enviar y recibir archivos (Martínez-Alcalá et al., 2020).

Dados estos resultados, la app que se ha decidido usar es *Zoom*, ya que entre una de sus bondades se encuentra el poder grabar las sesiones y observar el comportamiento de los cuidadores; así que, como se observa, es la mejor aceptada por los participantes.

## **1.6 Estado del Arte**

Los CPI son personas que sufren la enfermedad tanto o más que la persona enferma. Su labor se prolonga por horas, no recibe remuneración e incluso puede abandonar su empleo para dedicarse al cuidado de quien es su ser querido, lo que lo lleva a padecer depresión, ansiedad, estrés y sobrecarga. Desde hace mucho tiempo se han creado intervenciones psicológicas para las personas que padecen la enfermedad, dejando de lado a los CPI. Además, las pocas intervenciones que se han creado para los CPI de pacientes oncológicos han descuidado los estresores específicos a los cuales los pacientes y los CPI de padecimientos oncohematológicos se tienen que enfrentar. Por lo tanto, es necesario diseñar estrategias de intervención efectivas que tomen en cuenta todos estos aspectos, para que puedan ayudar a los CPI a mejorar su calidad de vida y bienestar.

### **1.6.1 Factores Psicosociales asociados al Cuidador Primario Informal**

Para poder generar intervenciones efectivas y eficaces, es preciso identificar los factores psicosociales que más se relacionan al cuidado de pacientes oncohematológicos.

A continuación, se hizo un análisis de estudios transversales y longitudinales que abordan factores psicosociales, los cuales, se encuentran ordenados del más antiguo al más actual en la Tabla 1.

El objetivo de esta revisión bibliográfica fue identificar los factores psicosociales más y menos investigados. Al ser autoeficacia, apoyo social y estilos de afrontamiento los menos estudiados, se plantea una oportunidad para evaluarlos y dirigir intervenciones para mejorar la calidad de vida de los CPI, que, como se observa en los resultados de los estudios se encuentra disminuida.

Se hizo una búsqueda en PubMed y Google Académico a través de los siguientes algoritmos en español e inglés “(Caregiver/Family Caregiver) AND cancer AND (burden/anxiety/ depression/stress/socialsupport/self efficacy/coping)”.

Se presentan 15 artículos, cuatro se realizaron en Estados Unidos, dos en Australia, el resto en Turquía, Uganda, India, Polonia, Corea, China, Cuba y México. Es importante tomar con reserva los resultados de los estudios presentados, pues culturalmente las poblaciones son muy distintas, además que en el único estudio realizado en México fue un estudio piloto. La mayoría (11 artículos) integraron pacientes con cáncer hematológico, todos ellos eran adultos y tenían diagnósticos de cáncer.

Se estudiaron variables como estrés (en 5 artículos), sobrecarga (en 5 artículos), calidad de vida (en 4 artículos), autoeficacia (en 2 artículos), ansiedad (en 5 artículos), depresión (en 5 artículos), apoyo social (en 1 artículo), estilos de afrontamiento (en 2 artículos), comunicación con el paciente (en 1 artículo) y tiempo laboral (en 1 artículo).

Los instrumentos de medición más comúnmente empleados fueron la *Escala de Carga del Cuidador de Zarit* (Reina et al., 2017; Seo y Kyoung, 2016), la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS* [Dionne-Odom et al., 2018; Kanaabi et al., 2019; Posluszny et al., 2019 ]), la *Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS* [Carey et al., 2017]) y la *Escala Ansiedad Estado-Rasgo (STAI* [Kaczmarska-Tabor et al., 2019]), los cuales tienen sus versiones validadas para poblaciones mexicanas.

**Tabla 1***Estudios sobre los factores psicosociales asociados con los Cuidadores Primarios Informales*

<b>Autor/país</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Diseño</b>	<b>Participantes</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados/ Conclusiones</b>	<b>Limitaciones</b>
Yildiz et al., 2016 Turquía	Evaluar sobrecarga y calidad de vida en CPI de pacientes con cáncer.	Transversal, descriptivo, correlacional.	200 CPI de una clínica hemato-oncológica pública de Turquía.	<i>Stress Scale of Caregivers, Reactions to Help Family Members Scale, Caregiver Quality of Life Scale.</i>	Los CPI perciben altos niveles de estrés, sobrecarga, perciben que su vida ha sido afectada duramente y presentan baja calidad de vida.	No se reporta.
Seo y Kyoung, 2016 Corea	Identificar relaciones entre estrés y calidad de vida en pacientes adultos con Mieloma Múltiple y sus CPI.	Transversal, descriptivo, correlacional	102 diadas paciente-CPI.	<i>Self-efficacy Scale, Zarit Burden Interview, Short Form Healthy Survey 36 versión 2 (SF-36v2).</i>	Hubo correlaciones entre la calidad de vida de los CPI y los pacientes. El estrés de ambos influye en la calidad de vida de los dos. La percepción de la enfermedad del paciente y la sobrecarga del CPI son unos fuertes predictores de calidad de vida. La autoeficacia también influye en la calidad de vida.	-No se incluyeron todas las variables que considera el modelo transaccional del estrés en el cual se basaron. -No fueron consideradas variables como el tratamiento y comorbilidades. -Muestreo por conveniencia. -Estudio transversal, se recomienda hacer longitudinal.

**Tabla 1. Continuación**

Autor/país	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados/ Conclusiones	Limitaciones
Carey et al., 2017 Australia	Comparar la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en CPI de sobrevivientes de cáncer hematológico en una comunidad rural y urbana de Australia	Transversal, descriptivo, correlacional	800 CPI de pacientes con cáncer hematológico de una comunidad urbana y otros 200 de una rural.	<i>Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21)</i>	No hay diferencias estadísticamente significativas entre comunidad urbana y rural en los niveles elevados de depresión (21% y 23%), ansiedad (16% y 17%) o estrés (16% y 20%), $p > .05$	-Las muestras a comparar no tienen el mismo número de participantes
Reina et al., 2017 Cuba	Determinar las creencias en salud (susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras) y la percepción de sobrecarga en los cuidadores de pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas.	Estudio exploratorio, transversal	10 CPI de Pacientes con cáncer avanzado	<i>-Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit</i> <i>-Guía de entrevista semiestructurada para elementos del MCS (vulnerabilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas) adaptada a CPI de pacientes con cáncer avanzado.</i>	Reportan sobrecarga intensa. Dificultades en el apoyo espiritual y material proveniente del personal sanitario. Falta de información para ejercer con éxito su rol. No han identificado a otra persona que colabore con el cuidado.	

**Tabla1. Continuación**

Autor/país	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados/ Conclusiones	Limitaciones
Dionne-Odom et al., 2018 Estados Unidos	Describir el uso e interés del CPI angustiados y poco preparado en los servicios de apoyo formal.	Transversal, descriptivo	294 con tumores sólidos (cáncer pancreático, de pulmón, cabeza y cuello, cerebro, ovarios), sólo 30 tenían cáncer hematológico	<i>Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)</i> <i>Cuestionario SF-12</i> <i>Encuesta de Salud Montgomery-Borgatta Caregiver Burden Scale</i>	El 41.5% síntomas altos de depresión 34% con síntomas altos de ansiedad	Tasa de respuesta baja, mayor probabilidad de sesgo. No se tomó en cuenta el centro de cáncer al que pertenecían los CPI Tamaño de la muestra no representativo No se tomó en cuenta el tipo de cáncer
Grover et al., 2019 India	Evaluar la sobrecarga que experimenten los CPI de adolescentes y adultos con Leucemia Mieloide Aguda. Asimismo, asociar la sobrecarga con el apoyo social, afrontamiento y morbilidad psicológica.	Transversal, descriptivo, correlacional	30 CPI de pacientes con leucemia mieloide aguda. Criterios de inclusión: pacientes con más de 12 años, CPI con 18 años o más, ser el que cubra todas las necesidades de los pacientes, no tener trastornos mentales.	<i>-Family Burden Interview Schedule (FBI)</i> <i>-Caregiver Stain Index (CSI)</i> <i>-Multidimensional aspect of Perceived Social Support Scale</i> <i>-Cognitive-Behavioral Avoidance Scale</i> <i>-General Health Questionnaire</i>	Los CPI con problemas económicos refirieron mayor sobrecarga subjetiva y objetiva, así como mayor sobrecarga financiera ( $p = .05$ ) Igualmente, la sobrecarga fue mayor en los que percibieron menos apoyo social ( $\rho = -.76$ ), en los que usaron más frecuentemente la evitación y escape como afrontamiento	-Tamaño de la muestra

presentaron más carga  
objetiva ( $\rho = .56$ ), y  
con menos frecuencia  
usaron la aceptación-  
responsabilidad y  
evaluación positiva  
( $\rho = -.45$ ).

**Tabla 1. Continuación**

Autor/país	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados/ Conclusiones	Limitaciones
Kaczmarska-Tabor et al., 2019 Polonia	Determinar factores psicológicos que ayudan a reducir el estrés en CPI.	Transversal	100 CPI de pacientes con leucemia	<i>Questionnaire of Stressful Life Events Coping Inventory for Stressful Situations Questionnaire (CISS) The Rosenberg Self- esteem Scale (SES) Orientation to life Questionnaire (SOC-29) State Inventory and Anxiety Traits (STAI) Perceived Control Life Questionnaire</i>	Principales fuentes de estrés. Enfermedad de un pariente cercano 65%, Ansiedad por el deterioro de la salud de un pariente cercano 52%, Dificultades financieras 49%, Sobrecarga con deberes familiares y profesionales 47%, problemas de salud 41%, sin tiempo para uno mismo 37%	No se reporta
Kanaabi et al., 2019 Uganda	Describir la extensión de los síntomas de	Transversal-descriptivo	248 CPI (n=35 con leucemia)	<i>Hospital Anxiety and depression scale (HADS) Caregiver reaction scale,</i>	El 35.2% de los CPI tienen síntomas	-Estudio transversal

depresión y ansiedad entre los CPI y los factores asociados.

*Katz index*

clínicamente significativos de ansiedad y el 48.2% tenían síntomas clínicamente significativos de depresión. El 20% experimentar síntomas graves de ansiedad y el 27.5% síntomas graves de depresión

-Muestra no probabilística  
-Evaluación por autorreportes, diferentes diagnósticos y etapas de la enfermedad.

**Tabla 1. Continuación**

<b>Autor/país</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Diseño</b>	<b>Participantes</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados/ Conclusiones</b>	<b>Limitaciones</b>
Posluszny et al., 2019 Estados Unidos	Identificar factores clínicos, psicosociales y sociodemográficos que se relaciona con la angustia de los pacientes y los CPI	longitudinal-descriptivo	111 CPI y 110 Pacientes oncohematológicos	<i>Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36)</i> <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> <i>Cancer and Treatment Distress Scale (CTXD)</i> <i>General Self-Efficacy Scale (GSE)</i>	Los CPI sufren niveles más altos que los pacientes. El 30% de los CPI tienen ansiedad clínicamente significativa. 5% presentó depresión clínicamente significativa. La depresión correlacionó con menor control percibido ( $b = .17, p = .05$ )	-Estudio transversal -Diadas no conyugales heterogéneas -La mayoría caucasicos

Escamilla et al., 2020 México	Identificar las variables demográficas y psicológicas de los cuidadores primarios informales de pacientes diagnosticados con Leucemia Mieloide Aguda y Leucemia Linfocítica Aguda en un hospital de la Ciudad de México	Estudio piloto, transversal, descriptivo-comparativo	8 CPI de pacientes con una enfermedad oncohematológica	-Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) -Escala de Estrés Percibido (PSS-10) -Center for Epidemiological Studies- Depression (CES-D) -Escala de Carga del Cuidador de Zarit. -Multicultural Quality of Life Index (MQLI)	Se obtuvieron niveles moderados de depresión, estrés y sobrecarga, bajos niveles de estrategias de afrontamiento y buena calidad de vida. Solo se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $z = -2.33$ ; $p = .019$ ) en sobrecarga (expectativas de autoeficacia), con respecto al tipo de enfermedad.	-Estudio piloto -El tamaño de la muestra. -CPI en acompañamiento psicológico.
----------------------------------	---	--	--	--	---	---

**Tabla 1. Continuación**

Autor/país	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados/ Conclusiones	Limitaciones
Siminoff et al., 2020 Estados Unidos	Evaluar patrones de concordancia en la comunicación del cáncer en relación al tratamiento y atención entre pacientes y CPI	Longitudinal	342 CPI de personas con cáncer (171 díadas paciente-cuidador con cáncer hematológico)	<i>Cancer Communication Assessment Tool for Patients and Families</i>	El 57.4% se observó con una buena congruencia comunicativa que se mantuvo estable en el tiempo	-CPI caucásicos -No se conocen los patrones de comunicación previo al diagnóstico
Wang et al., 2020 China	Evaluar la calidad de vida en pacientes y CPI	Transversal multicéntrico	196 díadas, pacientes con Leucemia Mieloide	<i>The Functional Assessment of Cancer Therapy-Leukemia</i>	De acuerdo con las subescalas de Calidad de vida de los pacientes ( $t =$	-Se realizó en una sola provincia -Selección de la muestra

Aguda y Leucemia Linfoide Aguda ·6-item Short-Form Health Survey 12.96-34.73,  $p < .001$ ) y CPI ( $t = 2.55$ -14.36,  $p < .05$ ), excepto el rol emocional ( $t = -.01$ ,  $p = .993$ ), fueron observadas como inferiores a las reportadas en estudios previos. -Diferentes instrumentos para evaluar calidad de vida para pacientes y CPI

**Tabla 1. Continuación**

Autor/país	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados/ Conclusiones	Limitaciones
Boostaneh et al., 2021 Irán	Identificar la carga del CPI y la relación que tiene con la calidad del sueño.	Transversal descriptivo-correlacional	135 (carcinoma, leucemia, sarcoma, linfoma, metastásico)	<i>Novak and Guest's Caregiver Burden Inventory</i> <i>Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i>	La media de la carga dependiente del tiempo fue de (13.54±5), carga de desarrollo (10, 644, 97), carga física (7.51 + 4.70) carga emocional (4.90±3.96) y carga social (8.62+4.61) y el 80% de los participantes tenían una puntuación PSQI superior a 5 (media (+4.21))	-muestra no aleatoria
Kirk et al., 2021 Australia	Determinar la prevalencia de angustia, problemas y factores	Estudio transversal	956 CPI (n=80 Leucemia y Linfoma)	<i>Termómetro de la angustia y Lista de problemas</i>	El 96.24% de los CPI registró un nivel de angustia clínicamente significativo ( $\geq 4/10$ ), y	-Hubo muchos datos perdidos, debido a que es una línea telefónica de atención psicológica

asociados a la angustia  
en CPI

el 66.74% como muy  
angustiados.

-No se ajustó el tiempo  
de diagnóstico

**Tabla 1. Continuación**

Autor/país	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados/ Conclusiones	Limitaciones
Nativg et al., 2021 Estados Unidos	Determinar la asociación Transversal entre el cambio de situación laboral, la depresión y la ansiedad en CPI	Diseño Transversal	187 CPI de personas que se sometieron a trasplante de médula ósea	<i>Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)</i>	El 45% de los CPI muestran una reducción en las horas trabajadas. tienen un puntaje de depresión de 3.49 puntos más altos que los cuidadores que no redujeron horas de trabajo, en ansiedad los puntajes fueron 3.6 puntos más altos.	-No se registró el número de horas trabajadas antes y después del trasplante. -No generalizables. -Más mujeres que hombres -Estudio correlacional (no hay relación causa-efecto) -Carece de información del tipo de enfermedad y estado de salud del paciente

### **1.6.2 Intervenciones diseñadas para los Cuidadores Primarios Informales**

Las intervenciones no farmacológicas ayudan a mejorar la calidad de vida de los CPI y al mismo tiempo la de sus pacientes, ya que se les capacita para poder atenderlos adecuadamente, se sienten acompañados durante el proceso y se les apoya en el desarrollo de habilidades necesarias para el mismo fin. Estos programas de intervención tienden a disminuir la ansiedad, la depresión y la sobrecarga. Los principales tipos de intervenciones que se han empleado son las informativas, las educativas, las psicoeducativas y las multicomponentes, a estas últimas son a las que pertenecen las intervenciones cognitivo-conductuales, consideradas las más efectivas (Adamuz et al., 2018; Amador-Marín y Guerra-Martín, 2016; Cerquera y Pabón, 2014; Zabalegui, 2008). Asimismo, se ha visto que el formato más común de las intervenciones para CPI es el grupal (Hurtado-Vega, 2021), sin embargo, las individuales han mostrado mejores resultados, aunque son más costosas y llevan más tiempo (Adamuz et al., 2018).

De acuerdo con Rangel-Domínguez et al. (2013) las intervenciones más efectivas han tenido como finalidad desarrollar habilidades de afrontamiento de los cuidadores, entre ellas se encuentran las basadas en la terapia de solución de problemas. Aumentan el grado de bienestar emocional, confianza para resolver problemas, estrategias de solución consideradas positivamente como la búsqueda de apoyo médico. También han registrado un incremento en la frecuencia de conductas de autocuidado.

Existen intervenciones de autocuidado que integran técnicas de relajación, solución de problemas y planeación de actividades con el fin de aumentar dichas conductas (Carreño-Moreno et al., 2022; Salinas, 2022; Petursdottir & Svavarsdottir, 2019).

Otras intervenciones que se han usado comúnmente con los CPI son: 1) Intervenciones de respiro, en donde se le permite al CPI tener tiempo libre para él, mientras otra persona cuida del paciente, 2) los grupos de autoayuda permiten compartir consejos y vivencias entre cuidadores, 3) intervenciones psicoeducativas, en donde un profesional entrena en estrategias para afrontar la situación, y 4) los programas psicoterapéuticos, se centra en el mantenimiento de una relación terapéutica. Nuevamente, las que muestran mayor eficacia

son las psicoeducativas y psicoterapéuticas, especialmente cuando están basadas en el modelo de estrés y su afrontamiento y en el modelo cognitivo-conductual; siempre y cuando se promueva la participación comprometida de los CPI (Hurtado-Vega, 2021).

Evaluar las intervenciones que se han realizado con los CPI con cáncer es de suma importancia para identificar qué tan efectivas han sido y cuáles son las técnicas que las componen, para tomar decisiones del tipo de intervenciones que se pudieran ejecutar en otros estudios.

En seguida, se hizo un análisis de seis ensayos clínicos aleatorizados, dos estudios piloto, un protocolo de estudio clínico aleatorizado, un ensayo clínico, un estudio experimental, un estudio exploratorio, un estudio cualitativo y un estudio mixto, todos se implementaron en CPI. Los estudios se encuentran organizados del más antiguo al más actual en la Tabla 2.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es identificar las intervenciones que se han empleado en otros estudios, su efectividad, la modalidad en la que se ejecutaron y las técnicas o temáticas que la componen. Para fines de este protocolo, se planea retomar técnicas como psicoeducación, inoculación del estrés y entrenamiento en habilidades sociales, así como poner a prueba la efectividad de la modalidad virtual.

Se realizó una búsqueda en PubMed y en Google Académico en español e inglés con el siguiente algoritmo “Psychological Intervention AND (Caregiver/Family Caregiver) AND cancer AND (burden/anxiety/ depression/stress/social support/self efficacy/coping)”.

Se presentan 16 artículos, seis se realizaron en Estados Unidos, tres en Irán, tres en México, el resto en Australia, Suecia, Lituania e India. La mayoría de los CPI cuidaba a pacientes con cáncer (12 artículos), de los cuales, uno se centró en pacientes oncohematológicos. Un artículo era de CPI atendiendo pacientes psiquiátricos, otro a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y el último, no especificaba el tipo de enfermedad. 12 investigaciones se realizaron en CPI de personas adultas y tres en pacientes pediátricos.

Las intervenciones empleadas fueron educativas (dos artículos), basadas en la terapia cognitivo-conductual (12 artículos) y en psicología positiva (dos artículos). De las cuales, 10 fueron realizadas a través de modalidades tecnológicas (no cara a cara), como intervenciones por teléfono (un artículo), por videollamada (un artículo), página web (cuatro artículos), correo electrónico (un artículo), por apps (dos artículos) y uno de manera híbrida (cara a cara, videollamada o llamada telefónica).

Las técnicas cognitivo-conductuales usadas fueron psicoeducación, solución de problemas, inoculación al estrés, estrategias de afrontamiento, reestructuración cognitiva, experimento conductual, relajación, mindfulness, conductas de autocuidado, estrategias para la comunicación y apoyo social, activación conductual, escritura emocional, regulación emocional y biorretroalimentación.

La mayoría estuvieron dirigidas a mejorar el estrés, la calidad de vida, la sobrecarga, la depresión y la autoeficacia. Dos artículos incluyeron variables psicofisiológicas como el cortisol en saliva, temperatura periférica y tasa de respiración. Todas reportaron tener buenos resultados, sin embargo, solo cinco reportaron tamaño del efecto. Algunos (dos artículos) se centraron en conocer la aceptabilidad de sus intervenciones por medios tecnológicos.

**Tabla 2**

*Intervenciones implementadas en los Cuidadores Primarios Informarles.*

<b>Autor</b>	<b>Objetivo/ Diseño</b>	<b>Participantes</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados/ conclusiones</b>	<b>Limitaciones</b>
Montero et al. 2012 México	Desarrollar y evaluar una CPI de niños con cáncer intervención cognitivo conductual para disminuir la carga de CPI de niños con cáncer a partir de incidir en sus síntomas depresivos y ansiosos.		<i>Escala de carga del cuidador de Zarit.</i> <i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i> <i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	5 sesiones de una hora. Las técnicas empleadas fueron: psicoeducación, relajación muscular progresiva, activación conductual, reestructuración cognitiva.	La ansiedad global ( $F=5.73, p=.012$ ), la depresión global ( $F=6.60, p=.007$ ) y la sobrecarga global ( $F=4.14, p=.033$ ) disminuyeron el postest. Tamaños del efecto de Se hizo seguimiento a un pequeños a moderados. mes	Intervención individual costosa en tiempos y recursos.
Laudenslager et al., 2015 Estados Unidos	Diseño intrasujeto Poner a prueba una Intervención Cognitivo Conductual que ya se había creado para el manejo del estrés del paciente, adaptada al CPI, basado en el Modelo Transaccional del estrés y el afrontamiento.  Ensayo Clínico Aleatorizado	148 CPI de pacientes con cáncer hematológico. Grupo experimental ( $n=73$ ), grupo control ( $n=71$ ).	<i>PSS</i> <i>CES-D</i> <i>Ansiedad estado IDARE</i> <i>The Caregiver Reaction Assessment (CRA)</i> <i>Profile of Mood States (POMS-TMD)</i> <i>(Pitts-burgh Sleep Quality Inventory (PSQI)</i> <i>Short Form Health Survey Version 2 (SF-36)</i>	Intervención en 8 sesiones individuales con duración de 60 a 75 min. Biorretroalimentación (RESPeRATE) para reducir hipertensión por medio de respiración a tonos. Temas: Impacto del estrés en la salud física y emocional	Antes de la aleatorización: Niveles elevados de estrés 40 personas superaron los puntos de corte del CESD. Puntuaciones mayores de 16 tuvieron seguimiento clínico No hubo diferencias significativas entre grupos	El tamaño de la muestra, características de los participantes, hubo un solo intervencionista, no se evaluaron diferencias de la relación CPI-Px, no se evaluó calidad de vida, personal médico puede afectar la angustia de los CPI

*Escala de Impacto de Eventos (IES)*, antes y después de la intervención. Se tomaron muestras de cortisol diurno.

Cómo los pensamientos y emociones conducen al estrés

Covarianza: Edad (a menor edad, más angustia del CPI)

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Estrés más bajo en PEPRR ( $t(117) = 2.09$ ;  $P = .039$ ), en TAU aumentó

Manejo de la fatiga, el sueño y otros comportamientos saludables.

También ansiedad y depresión ( $p = .66$  y  $.46$ )

Disminuye el distress, aunque aumenta la sobrecarga

Abordaje de falta de control, incertidumbre y miedo

Los biomarcadores no cambiaron

estrategias de comunicación y adaptarse a los roles

Tamaño del efecto  $ES = 0.39$  ( $p = .039$ )

Utilización efectiva del apoyo social

Shaw et al., 2015  
Australia

Evaluar la eficacia de una intervención estructurada por teléfono para CPI de pacientes con un mal pronóstico de cáncer gastrointestinal para mejorar resultados de calidad de vida, sobrecarga y estrés en

128 CPI fueron asignados al azar a un grupo de intervención y otro que fue atendido como usualmente.

Se evaluó una línea base con el *QOL (SF-12)*, *Partner and Caregiver Supportive Care Needs Survey (SCNS-P&C)*, *Caregiver Reaction Assessment (CRA)*, *Distress Thermometer*, *General (FACT-G)*, *Supportive*

Comunicación en cuatro ocasiones por llamada telefónica, con la intención de favorecer el autocuidado físico y emocional, las relaciones familiares y ayudarles en las problemáticas derivadas del cuidado del paciente. La

No se obtuvieron resultados significativos del bienestar del CPI.

La intervención no fue intensa con la intención de no estresar a los CPI, pero esta no fue suficiente para disminuir la angustia. Las estadísticas fueron insuficientes para evaluar las diferencias más pequeñas.

	los cuidadores y en los pacientes.		<i>Care Needs Survey (SCNS-34).</i>	intervención se individualizó y adaptó a las necesidades del cuidador.	El tamaño de la muestra.
	Ensayo Controlado Aleatorizado				
Cernvall et al., 2017 Suecia	Evaluar la eficacia a largo plazo de una guía de autoayuda para cuidadores de niños con cáncer.	58 cuidadores primarios de un niño en tratamiento por cáncer.	El programa de 10 semanas estuvo basado en la terapia cognitivo-conductual, se realizó a través de correo electrónico. Se usaron auto reportes de síntomas de depresión, ansiedad, consumo de atención médica y licencia por enfermedad, se recabaron antes y después de la intervención, se realizó seguimiento a los 12 meses.	Terapia cognitivo conductual (psicoeducación, estrategias de afrontamiento, experimentos conductuales, relajación, solución de problemas, escritura emocional, autocuidado, mantenimiento del cambio).	Efecto significativo en la reducción de síntomas de TEPT, tamaño del efecto al terminar la intervención ( $d=.89$ ; 95% CI .35-1.43), tamaño del efecto al mes del seguimiento ( $d=.78$ ; 95% CI .25-1.32) depresión en la postevaluación (3.91), en el seguimiento (9.41) a favor de la intervención y ansiedad en la postevaluación (5.11) y en el seguimiento (6.99). Se mantuvieron los efectos a los 12 meses.
	Ensayo Controlado Aleatorizado				
Borji et al., 2017 Irán	Investigar la influencia de la terapia cognitivo-conductual en la depresión, estrés y ansiedad en CPI de	80 cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata.	Se tuvo un grupo control y uno experimental. Se aplicó la <i>Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)</i> , se hicieron	Se conformó en 10 sesiones de 1.5 horas cada una. Se impartieron 2 por semana. Se basó en la inoculación al estrés	La intervención redujo la depresión significativamente al mes ( $M=6.37$ , $p=.001$ ) y a los 2 meses ( $M=5.53$ , $p=.001$ ) y la falta de participación y la falta de un entorno adecuado.

	pacientes con cáncer de próstata.		tres mediciones; una antes de la intervención, una después de las 4 semanas y una última después de las ocho semanas.	de Meichenbaum (reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento en relajación, entrenamiento conductual, automonitoreo, etc.).	$p= .001$ ), lo mismo ocurrió con la ansiedad al mes ( $M=8.47$ , $p=.001$ ) y a los dos meses ( $M=7.40$ , $p=.001$ ), para el estrés no hubo diferencias estadísticamente significativas.	
Pensak et al., 2017 Estados Unidos	Adaptar y mejorar una intervención para el manejo del cuidador que se había hecho presencial a un sitio web (Pep-pal) que se pudiera usar en cualquier dispositivo, para difundir con cuidadores de poblaciones más necesitadas.	Los participantes fueron 20 expertos (enfermeras, trabajadores sociales, médicos, psicólogos, etc. 9 cuidadores primarios y pacientes.	El estudio fue dividido en dos partes. En la primera, se les presentó un video prototipo del manejo del estrés. En la retroalimentación evaluaron si era accesible, la usabilidad anticipada y la factibilidad. En la segunda parte, se hicieron grupos focales y entrevistas individuales con los cuidadores.	Centrada en el manejo del estrés con técnicas como psicoeducación, respiración rítmica y relajación. Así como estado de ánimo impulsivo y estrategias para mejorar relación CPI-paciente	Cuando el contenido de los videos resonó en los participantes, su habilidad para usar el programa, disposición para aceptarlo y la confianza en el programa incrementaron. La página está disponible para quienes tienen una contraseña. Se han subido videos de 3 minutos.	No es generalizable, realizada en voluntarios con buena disposición, la información fue recabada por entrevistas y grupos focales, por lo que pudieron ser condescendientes, los datos sociodemográficos no fueron recabados.
Carr et al., 2019 Estados Unidos	Continuar estableciendo Pep-pal (sitio web) como una intervención basada en evidencia para reducir la angustia en los CPI de	Se analizaron datos cuantitativos de 26 cuidadores y datos cualitativos de 14 personas que	Se tomó la línea base. Asignados al azar a un grupo que recibió la intervención habitual y a otro que se inscribió a	Se realizó a través de un sitio web al cual se podía acceder desde cualquier dispositivo. Constó de 9 sesiones de no más de 20	En general, los CPI pal era aceptable, menos la sesión para mejorar la intimidad. Era útil en las	Las características de los CPI (mujeres, caucásicas, esposas, lo que no permite

	pacientes con una enfermedad avanzada, evaluando la aceptabilidad y usabilidad por medio de entrevistas y cuestionarios.	completaron la intervención. psiquiátrico o enfermedad médica.	Pep-pal con un código que les era enviado por correo. Se les pidió que vieran una sesión o dos por semana. Podían regresar cuantas veces quisieran. Después se eligieron a 14 participantes para hacerles entrevistas.	minutos. Temas: manejo del estrés, influencia de los pensamientos, estrategias de afrontamiento, manejar las relaciones, obtener el apoyo que necesita, mejorar la intimidad.	áreas que necesitaban y en otras que no habían previsto. Las sugerencias, incluir a más actores de cuidado, incluir audios además de videos, trasladar la página web a una app.	generalizar los resultados. Muestra pequeña, el acceso al internet en cualquier momento.
Abedi et al., 2020 Irán	Determinar el efecto de un programa de entrenamiento basado en la teoría del comportamiento planificado para mejorar las habilidades de resolución de problemas y los estilos de afrontamiento de cuidadores familiares de pacientes psiquiátricos.	72 CPI de pacientes psiquiátricos. Grupo experimental (n=36) y grupo control (n=36).	Se realizó en grupos de 8 personas (educativa, discusión y retroalimentación). Grupo control, intervención habitual. Post-evaluación al terminar, seguimiento telefónico al mes. Se aplicó Línea base y el <i>Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)</i>	8 Grupo experimental recibió 2 sesiones de 60 min por semana durante 4 semanas. En total 8 sesiones. Solución de problemas.	La estrategia de afrontamiento centrada en el problema tuvo diferencias estadísticamente significativas en la postevaluación ( $p= .15$ ) y en el seguimiento al mes ( $p< .001$ ) con puntuaciones más altas en este último ( $M=60.84$ ). La estrategia centrada en la emoción también registró diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento ( $p=0.002$ ).	No generalizable Incluir intervención que no tenga que ver con el afrontamiento para el grupo control
	Estudio Mixto					
	Ensayo Controlado Aleatorizado					

El-Jawahr et al., 2020 Estados Unidos	<p>Evaluar la viabilidad y la eficacia preliminar de una intervención psicosocial multimodal para cuidadores de pacientes sometidos a TCH (BMT-CARE) diseñada para mejorar la calidad de vida de los cuidadores, la carga del</p> <p>139 CPI de pacientes sometidos a trasplante autólogo de médula ósea. Grupo control (n=47) y grupo experimental (n=45)</p>	<p>Se reunían con los cuidadores en persona, por teléfono o por videoconferencia. Fueron grabadas. El grupo control fue atendido como comúnmente se hacía. Se tomaron medidas de autoinforme. Se</p>	<p>Intervención cognitivo-conductual de 6 sesiones para mejorar habilidades de afrontamiento. 1) Habilidades para la preparación, expectativas y manejo de síntomas y medicamento. 2) estrategias basadas en</p>	<p>Grupo control y experimental: diferencias significativas en la estrategia centrada en el problema en el seguimiento (<math>p=.02</math>) con una <math>M=8.99</math> en el grupo experimental y una <math>M=1.30</math> en el control. Estrategia centrada en la emoción (<math>p=.02</math>), grupo experimental (<math>M=6.32</math>) y grupo control (<math>M=0.50</math>). La intervención resultó ser más efectiva para el estilo centrado en el problema.</p> <p>Informaron una mejor calidad de vida (medias ajustadas, 81.22 [IC 95 %, 77.69-84.74] frente a 70.96 [IC 95 %, 67.56-74.36]; <math>d</math> de Cohen = .68; <math>P &lt; .001</math>) y una menor carga de cuidado (medias ajustadas, 46.95 [IC 95 %, 43.62-50.29]</p>	<p>-Aplicado en un solo centro de salud, con poca diversidad sociodemográfica. No generalizable -No hubo cegamiento al momento de la aleatorización. -No se hizo seguimiento</p>
--	--	--	--	---	--

cuidado, el estado de ánimo y la autoeficacia.

Ensayo Clínico Aleatorizado

aplicaron los instrumentos: *Caregiver Oncology Quality of Life Questionnaire (CarGOQOL)*, *Caregiver Reaction Assessment (CRA)*, *el HADS*, *Cancer Self-Efficacy Scale*– *Transplant (CASE-T)* y *Measure of Current Status (MOCS)* habilidades cognitivo-conductuales para facilitar el afrontamiento, atención plena, reestructuración cognitiva, comunicación, y aceptación de la incertidumbre, 3) estrategias conductuales de autocuidado. Incluyó 4 sesiones individuales semanales y 2 quincenales, con una duración aproximada de 1 hora cada una.

frente a 55.06 [IC 95 %, 51.81-58.31]; *d de Cohen* = .73; *P*= .001) que los cuidadores que recibieron atención habitual el día 60 después del TCH. Los cuidadores asignados a la intervención CARE reportaron menos síntomas de ansiedad (medias ajustadas, 3.62 [IC 95%, 2.47-4.77] vs 7.22 [IC 95%, 6.11-8.33]; *d de Cohen*= .96; *P*< .001) y depresión (medias ajustadas, 2.85 [IC 95 %, 2.02-3.68] frente a 4,40 [IC 95 %, 3.60-5.20]; *d de Cohen* = .57; *p* < .009) en comparación con los que reciben atención habitual. Los participantes de la intervención también informaron una mayor

-Al inicio hubo diferencias en los reportes de los CPI del grupo control y experimental, siendo peores en el experimental. -No se evaluaron resultados de la intervención en los pacientes. -No se pudo determinar la factibilidad de la modalidad de la intervención en los resultados.

				autoeficacia y habilidades de afrontamiento 60 días después del TCH en comparación con los que recibieron la atención habitual.	
Fernández, 2020 México	<p>Evaluar los efectos de una intervención basada en técnicas cognitivo-conductuales en la regulación emocional de los cuidadores primarios de pacientes con cáncer pediátrico.</p> <p>Diseño experimental, N=1</p>	9 CPI de niños con cáncer.	<p>Se utilizó un diseño N=1 de tipo A-B. Las mediciones se realizan antes y después del tratamiento y tres mediciones a lo largo de cada módulo del tratamiento para observar efectos a través del mismo. Los instrumentos aplicados fueron: <i>BAI, BDI, DERS-E, CAE y Escala para evaluar estilos educativos parentales</i>. Las técnicas se decidieron a partir de una entrevista de detección de necesidades.</p>	<p>Intervención de corte psicoeducativo, cognitivo-conductual. Dividida en tres módulos, de 90 min de duración, programadas a conveniencia de la CPI. Las temáticas abordadas fueron: psicoeducación de la enfermedad y del tratamiento, entrenamiento en solución de problemas y regulación emocional.</p>	<p>Se presentaron diferencias significativas en la subescala falta de claridad emocional (<math>p &lt; .05</math>) y en la de no aceptación de las respuestas emocionales (<math>p = .032</math>), con una disminución en el posttest. El estilo de afrontamiento más usado antes y después fue revaloración positiva. En 6 de los 9 casos se obtuvo un tamaño del efecto fuerte en ansiedad, un caso obtuvo un efecto medio y en dos casos obtuvo un efecto débil debido a que se obtuvieron puntajes más</p>
				<p>-Muestra pequeña -No generalización -Sin grupo control -Poca comprensión lectora -Instrumentos con muchos reactivos -falta de seguimiento</p>	

Pensak et al., 2020 Estados Unidos	Este estudio examinó las tasas de uso de Pep-Pal (una intervención movilizada basada en la evidencia para ayudar a los cuidadores de pacientes con cáncer avanzado a manejar la angustia) y estimaciones de eficacia en ansiedad, depresión, estrés y disfunción sexual.	56 cuidadores primarios de pacientes con cáncer avanzado fueron asignados a Pep-Pal (una intervención basada en habilidades y psicoeducación movilizada para cuidadores, n= 26) o al tratamiento habitual (TAU, n= 30). Todos fueron examinados	La línea base se midió antes de la aleatorización en los dos grupos. Se midió con el <i>HADS-A</i> , el <i>CES-D</i> , el <i>PSS-14</i> , <i>Meassure of Current Status-Part A (MOCS-A)</i> , <i>Female Sexual Function Index (FSFI)</i> y <i>Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ)</i> .	Reestructuración cognitiva, solución de problemas, actividades de ritmo, estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, mejorar relaciones y apoyo social, intimidad, comunicación.	altos que en el periodo de línea base. Para depresión se obtuvieron siete casos con un efecto fuerte, un caso con efecto medio y un caso con efecto débil  Reducción del estrés percibido en el grupo experimental ( <i>PSS F = 3.91, p= .05</i> ), aumentos en la capacidad de aprender y utilizar habilidades de manejo del estrés ( <i>F = 6.16, p= .01</i> ) y aumentos en la función sexual (solo mujeres; <i>F = 5.07, p= .03</i> ) en comparación con los participantes en la intervención habitual. Solo 10 (38.5%) de los CPI completaron 7 sesiones de las 9.	Las características de los CPI (mujeres, caucásicas, esposas, lo que no permite generalizar los resultados. Involucrar a cuidadores masculinos. No se evaluaron los cambios en la relación cuidador-paciente. Muchos pacientes fallecieron, hacer investigación de como Pep-pal ayudaría a CPI en duelo. Puede ser que los CPI solo hayan elegido las sesiones que eran más importantes para ellos, lo que se observa en que no concluyeron la
Estudio Piloto						

						intervención. No recolectó datos de la actividad sexual de los participantes. Tuvieron inconvenientes con el internet, se recomienda tener una APP independiente que no necesite internet.
Rozwadowski et al., 2020 Estados Unidos	Aprovechar la tecnología para ofrecer una nueva intervención de salud móvil (Roadmap 2.0) orientada a los CPI de pacientes sometidos a trasplante de médula ósea.  Protocolo de Ensayo Clínico Aleatorizado	Se seleccionaron 166 CPI con su paciente. Se dividieron en 2 grupos, uno de intervención (Roadmap+ características multicomponentes+ Fitbit Charge 3) y otro control (Roadmap+ Fitbit Charge 3, solo midieron variables fisiológicas)	Se utilizó la PROMIS Global Health-10 scale, en la que se evalúa la calidad de vida del cuidador y del paciente por medio de constructos como compañerismo, autoeficacia para manejar síntomas, autoeficacia para manejar las actividades de la vida diaria, trastornos del sueño, depresión, ansiedad, <i>Neuro-QoL positive affect and well-being scale</i> , <i>TBI-CareQoL</i> , <i>Caregiver Anxiety</i> , <i>TBI-</i>	Basada en la psicología positiva. Duró 16 semanas. Se usaron dinámicas como la alcancía positiva, diario de gratitud, saborear, programación de actividades agradables, actos de amabilidad al azar, puntos fuertes de la firma, carta de amor y compromiso con la belleza.	Tener pensamientos, emociones y conductas positivas tiene buenos efectos en la calidad de vida. Ayuda a tener un mejor cuidado de los pacientes.	-Aún no está terminado.



			necesarios durante la quimioterapia, etc.			
Biliunaite et al., 2021 Lituania	Evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual online en CPI.  Piloto de Ensayo Clínico Aleatorizado	63 CPI	<i>Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i> , <i>Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)</i> , <i>Perceived Stress Scale (PSS-14)</i> , <i>Brunnsviken Brief Quality of Life Scale (BBQ)</i> , <i>The World Health Organization-Five Well-Being Index</i> y la línea base con <i>Life Events Checklist (LEC)</i> y <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i> . Se dividieron en grupo control y grupo experimental. Se implementó la intervención por medio de una plataforma.	Consistió en 8 módulos, cada uno con un tema (introducción, pensamientos, estrés, relajación, solución de problemas, comunicación, ansiedad, activación conductual y mantenimiento). Se permitía el acceso a un nuevo módulo por semana, por lo que la intervención duró 8 semanas.	Resultaron tamaños moderados del efecto entre los dos grupos, a favor del grupo experimental. Las subescalas del CBI que mostraron reducciones significativas fueron la de desarrollo y salud física. Se encontraron reducciones moderadas para las puntuaciones de depresión y ansiedad ( $F1.60= 8.24, p= .004$ ). Se observaron grandes efectos entre los grupos en la disminución de estrés ( $F1.60= 13.56, p< .001$ ) y el aumento en la calidad de vida ( $F1.60=10.88, p=.001$ ).	-No hubo control del apoyo que los CPI recibían de otras personas. -Participantes autorreferidos, resultados no generalizables. -No información de la eficacia a largo plazo. -Se desconoce qué elementos de la intervención fueron los que generaron más cambios
Chauhan et al., 2021 India	Evaluar el impacto de una intervención cognitivo-conductual sobre la carga del CPI de	20 madres.	Se administraron los instrumentos ( <i>General Health Questionnaire [GHQ-12]</i> , <i>Brief Coping Operation Preference</i>	Compuesta por 16 sesiones de 45 minutos que se administraron 2 veces por semana por un psicólogo clínico. Estuvo en las emociones	Puntaje medio de afrontamiento centrado en el problema $M=19.25$ ( $DE \pm 6.20$ ) y el centrado en las emociones	-Tamaño de la muestra -No se usó grupo control

niños con cáncer (16 con  
cáncer hematológico)

Estudio Experimental

*Enquiry [Brief COPE]*, compuesta por técnicas  $M=18.90$  ( $DE\pm 5.76$ ). La  
*Zung Self-Rating Anxiety* como solución de intervención mejoró  
*Scale y Coping Inventory* problemas, significativamente las  
*of Stressful situations* entrenamiento en estrategias de  
*[CISS-21]*, al comenzar habilidades de afrontamiento  
la intervención se afrontamiento, (autodistracción,  
desconocían los puntajes reestructuración negación, desvinculación  
obtenidos en la prueba. cognitiva, reforzamiento conductual, deshago).  
Se aplicó la intervención positivo y entrenamiento Culpa a sí mismo y  
y se aplicaron las en relajación. afrontamiento activo.  
pruebas *Brief COPE*, la Redujo la ansiedad ( $M=$   
*escala de Zung y el*  $49.40$  a  $M=39.15$ ;  $p <$   
*CISS-21* a los 3 meses.  $.001$ ), el afrontamiento  
evitativo ( $M=16.30$  a  
 $M=12.05$ ,  $p < .001$ ) y  
centrado en la emoción  
( $M= 18.90$  a  $M=13.70$ ,  
 $p < .001$ )

Vicente et al., 2022  
México

Explorar el efecto de las prácticas de promoción y a siete cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas y/o respiratoria, la temperatura periférica y factores psicosociales asociados a la calidad

Participaron de entre tres y siete cuidadores informales de pacientes con enfermedades degenerativas

Las mediciones fueron recabadas por medio de los instrumentos: *Patient Health Questionnaire (PHQ-4)*, *Primary Care Posttraumatic Stress Disorder (PC-PTSD)*, *Cuestionario General de*

Se realizó en 8 sesiones grupales, una cada semana, con una duración de 1.5 horas, por medio de Google meet. Se usaron técnicas como respirar con atención plena, escaneo corporal, siendo consciente adentro y

Respirar con atención plena, aumentó la temperatura, pero no de manera significativa ( $X^2 = .5$ , (2),  $p > .05$ ). Hubo reducción en la tasa respiratoria con Mindfulness en tu mano ( $X^2 = .5$ , (2),  $p = .05$ ).

-Instrumentos autoaplicables, aplicados por teléfono.  
-No se especifican las enfermedades  
-No hay grupo control

<p>de vida en personas cuidadoras de enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>Diseño exploratorio</p>	<p><i>Salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey, SF-12), Cuestionario de Apoyo Social de MOS (AS-MOS), Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHO-QOL-BREF, Escala de valoración de calidad de vida y satisfacción en familiares cuidadores (ECVS-FC), tasa respiratoria y temperatura periférica.</i></p>	<p>fuera, mindfulness, observación de la respiración y aceptar la ansiedad.</p>	<p>El factor instrumental del AS-MOS, que mostró un incremento favorable estadísticamente significativo (<math>Z = 2.032</math>, <math>p = .042</math>, <math>r = .643</math>) que fue de <math>Md = 13</math> (D.E. 4.494) a <math>Md = 16</math> (D.E. = 5.568)</p>
---	---	---	---

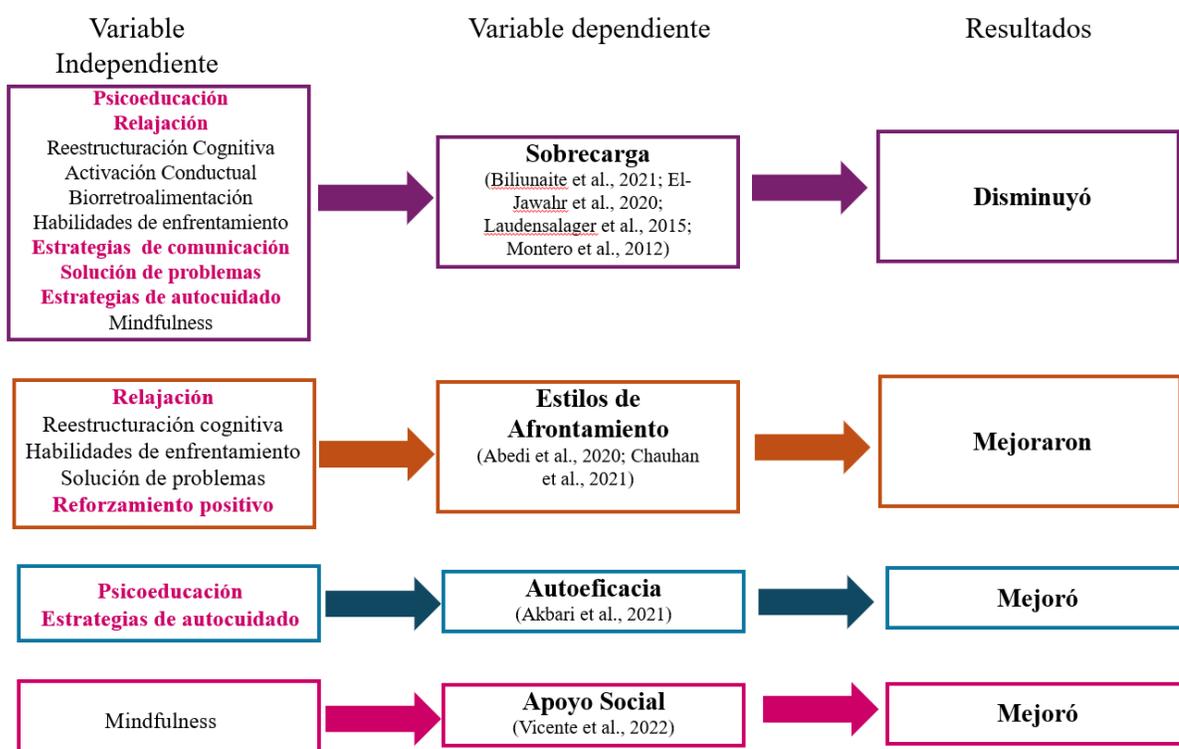
---

### 1.6.3 Relación de los componentes de intervención y las variables dependientes

En la Figura 4 se muestra la asociación entre los componentes de las intervenciones implementadas en los estudios analizados en el estado del arte y las variables dependientes de este estudio. La intervención “Momento de cuidarme” estuvo conformada por las técnicas: psicoeducación, relajación, estrategias de comunicación, estrategias de autocuidado y solución de problemas.

**Figura 4**

*Componentes de la intervención*



## **2. Planteamiento del Problema**

Los CPI son personas que sufren la enfermedad tanto o más que la persona enferma. Su labor se prolonga por horas, no recibe remuneración y, además, puede abandonar su empleo para dedicarse al cuidado de quien es su ser querido, esto le lleva a padecer depresión, ansiedad, estrés y sobrecarga. Desde hace mucho tiempo se han creado intervenciones psicológicas para las personas que padecen la enfermedad, dejando de lado a los CPI. Además, las pocas intervenciones que se han creado para los CPI de pacientes oncológicos han descuidado los estresores específicos a los cuales los pacientes y los CPI de padecimientos oncohematológicos se tienen que enfrentar. Del mismo modo, las investigaciones que se han realizado están enfocadas en los CPI de pacientes pediátricos, descuidando a los CPI de adultos. En México, son casi nulos los estudios que abordan las peculiaridades de la atención a los CPI de pacientes oncohematológicos adultos. Por lo tanto, es necesario diseñar y mostrar evidencia de estrategias de intervención efectivas que tomen en cuenta todos estos aspectos, para que puedan ayudar a los CPI a mejorar su calidad de vida y bienestar. Estas intervenciones tienen que encontrarse al alcance de los CPI incluso sin necesidad de tener que salir de sus hogares para trasladarse a algún centro de salud, ahorrando tiempo que podría dedicar para sí mismo o para el cuidado, así como el dinero destinado para los tratamientos médicos. Por lo que la telepsicología podría ser una buena opción para atender esta problemática.

### **2.1 Justificación del estudio**

La importancia de esta investigación radica en que se pretendió generar aportaciones a nivel social, teórico, metodológico y práctico sobre el manejo de la sobrecarga, la autoeficacia, apoyo social y estilos de afrontamiento de los CPI de pacientes oncohematológicos.

A nivel social, el objetivo del proyecto fue ayudar a los CPI a hacerle frente a las situaciones relacionadas con el cuidado del paciente oncohematológico y con ello evitar que enfermaran, lo que mejoraría su calidad de vida. Del mismo modo, el paciente también se beneficiaría al recibir un cuidado de calidad.

Con la inclusión de variables poco estudiadas (autoeficacia, estilos de afrontamiento y apoyo social percibido) y que representan factores protectores para el bienestar de los CPI, se amplió la visión del fenómeno, se incorporaron al análisis otras categorías psicológicas no estudiadas con anterioridad y se avanzó en los vacíos teóricos existentes.

Metodológicamente, con el uso de herramientas tecnológicas basadas en la telepsicología se propusieron formas innovadoras de abordar la problemática, que derivaron en disminución de costos para los cuidadores, pues evitaron desplazarse hacia el hospital, así como tuvieron la opción de atender su salud mental desde casa, sin dejar solo al paciente.

La aportación práctica fue la intervención compuesta por técnicas como psicoeducación, relajación, entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas y estrategias de autocuidado, así como los materiales elaborados ex profeso con la intención de que se replique en otros contextos.

La investigación fue viable, ya que muchas personas estaban familiarizadas con los recursos que se emplearon en la investigación debido a las experiencias que dejó la pandemia por COVID-19, aunque, se consideró una sesión para alfabetización tecnológica, que favoreció aún más su adecuado acercamiento.

### **3. Método**

El método está compuesto por dos fases: la primera explica paso a paso cómo se hizo la validación de la intervención “Momento de cuidarme” y la segunda cómo se determinó el cambio clínico de la intervención en los aspectos cuantitativos y en la cualitativos.

#### **3.1 Fase I. Validación de la intervención**

La validación por jueces expertos se realizó con el fin de validar los componentes de la intervención “Momento de cuidarme” mediante el análisis de concordancia entre las opiniones generadas.

##### **3.1.1 Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son las propiedades cualitativas de la intervención “Momento de cuidarme” dirigida a la sobrecarga, apoyo social, autoeficacia y estilos de afrontamiento en CPI de pacientes oncohematológicos validada por expertos?

##### **3.1.2 Objetivo General**

Determinar y estimar las propiedades cualitativas de la intervención “Momento de cuidarme” dirigida a la sobrecarga, apoyo social, autoeficacia y estilos de afrontamiento en CPI de pacientes oncohematológicos mediante la técnica de validación por expertos.

##### **3.1.3 Objetivos Específicos**

Evaluar la concordancia entre los jueces expertos de la intervención.

##### **3.1.4 Hipótesis**

No se redactaron hipótesis para esta fase.

##### **3.1.5 Tipo de Estudio y Diseño**

Se utilizó un diseño de validación instrumental cualitativa por concordancia de expertos.

### 3.1.6 Participantes

Se invitó a participar a 3 jueces expertos que por su trayectoria profesional aportaron una evaluación sobre los componentes y los materiales que se usaron en la investigación.

#### 3.1.6.1 Criterios de inclusión de los jueces expertos

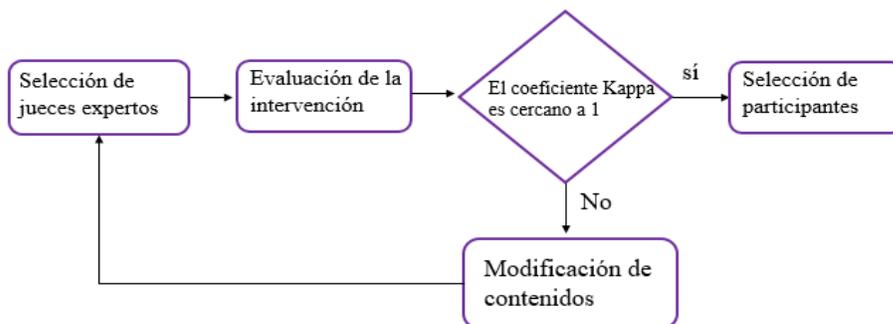
Psicólogos expertos en intervención cognitivo-conductual aplicada en cuidadores y pacientes oncohematológicos adultos durante por lo menos un año.

### 3.1.7 Procedimiento

Se seleccionaron a los jueces expertos con base en los criterios de inclusión, se les pidió que evaluaran nueve criterios por sesión: la claridad de los objetivos, el respaldo teórico, los materiales, los temas y el logro de los objetivos, la duración de las actividades, la técnica empleada, la adquisición de habilidades, si es apropiada para la población y las instrucciones; esta información fue recabada por medio de un cuestionario de 21 reactivos con una escala de respuesta dicotómica (sí/no). Por cada sesión, se les preguntó sobre la claridad y relación de los objetivos con el modelo cognitivo conductual, sobre si los temas que se trataron ayudaron a alcanzar los objetivos, sobre su duración y si las técnicas fueron adecuadas para adquirir habilidades y sobre la claridad de las instrucciones y la pertinencia de los materiales para la población objeto. Se obtuvo el coeficiente Kappa para identificar el grado de concordancia entre los jueces y se hicieron las correcciones indicadas. Los resultados de esta fase I se abordarán en el capítulo correspondiente (ver figura 5).

**Figura 5**

*Procedimiento de la Fase I de la Investigación*



## **3.2 Fase II. Intervención**

Para evaluar el cambio clínico de la intervención se utilizó un enfoque mixto: una fase cuantitativa con un diseño n=1 de línea base múltiple y una fase cualitativa con un diseño fenomenológico, para ello, se redactaron preguntas de investigación y objetivos para cada una.

### **3.2.1 Preguntas de Investigación**

#### **Fase Cuantitativa**

¿Cuál es el cambio clínico de una intervención cognitivo-conductual telepsicológica en la sobrecarga, el apoyo social, la autoeficacia y los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios informales de pacientes oncohematológicos?

#### **Fase Cualitativa**

¿Cuáles son las vivencias del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos relacionadas con la sobrecarga, la autoeficacia, el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento en sus prácticas de cuidado?

¿Cuáles son las vivencias del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos durante y después de la intervención cognitivo-conductual telepsicológica?

### **3.2.2 Objetivos Generales**

#### **Fase Cuantitativa**

Determinar el cambio clínico de una intervención cognitivo-conductual en los niveles de sobrecarga, la autoeficacia, el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento de cuidadores primarios de pacientes oncohematológicos.

#### **Fase Cualitativa**

Describir las vivencias del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos relacionadas con la sobrecarga, la autoeficacia, el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento en sus prácticas de cuidado.

Relatar las vivencias del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos durante y después de la intervención cognitivo-conductual telepsicológica.

### **3.2.3 Objetivos específicos**

#### **Fase Cuantitativa**

- Estimar los niveles de sobrecarga de los cuidadores.
- Evaluar el cambio clínico de la intervención en los niveles de sobrecarga de los cuidadores.
- Cuantificar el apoyo social percibido en los cuidadores.
- Evaluar el cambio clínico de la intervención en el apoyo social percibido por los cuidadores.
- Calcular la autoeficacia en los cuidadores.
- Evaluar el cambio clínico de la intervención en la autoeficacia en los cuidadores primarios.
- Identificar los estilos de afrontamiento empleados por los cuidadores.
- Evaluar el cambio clínico de la intervención en los estilos de afrontamiento empleados por los cuidadores.

#### **Fase Cualitativa**

- Narrar las vivencias del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos relacionadas con la sobrecarga.
- Describir las vivencias del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos relacionadas con el apoyo social percibido.
- Relatar las vivencias del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos relacionadas con la autoeficacia.

- Reconocer las vivencias del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos relacionadas con los estilos de afrontamiento.
- Identificar los aprendizajes obtenidos por el cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos en cada sesión y al terminar la intervención
- Explicar los momentos en los que el cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos aplicaría cada técnica.
- Reconocer las dificultades que tuvo el cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos al aplicar cada técnica.
- Identificar las opiniones del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos sobre la intervención cognitivo-conductual telepsicológica.

### **3.2.4 Hipótesis**

#### **3.2.4.1 Hipótesis Conceptual**

La intervención cognitivo-conductual ha demostrado disminuir la sobrecarga, mejorar los estilos de afrontamiento, aumentar y hacer más funcionales las redes de apoyo, y aumentar la autoeficacia de los cuidadores informales en cuidadores primarios informales (Akbari et al., 2021; Chauhan et al., 2021; Hernández et al., 2019; Wanden-Berghe y Sanz-Valero, 2021).

#### **3.2.4.2 Hipótesis estadísticas**

H<sub>0</sub>: La intervención cognitivo-conductual no presentará cambios clínicos al disminuir sobrecarga, mejorarlos estilos afrontamiento, incrementar el apoyo social y la autoficacia en los CPI de pacientes oncohematológicos en Hidalgo, México.

H<sub>1</sub>: La intervención cognitivo-conductual presentará cambios clínicos al disminuir sobrecarga, mejorarlos estilos afrontamiento, incrementar el apoyo social y la autoficacia en los CPI de pacientes oncohematológicos en Hidalgo, México.

### **3.2.5 Tipo de Estudio y Diseño**

Se usó un enfoque mixto, de diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC) que de acuerdo con Cueva et al. (2023), que se caracteriza por obtener datos cuantitativos y cualitativos al mismo tiempo en una misma fase, un enfoque es el que predomina y marca la pauta. Su objetivo es brindar varias perspectivas del problema, por lo que un enfoque enriquece al otro. El objetivo principal de esta investigación fue identificar el cambio clínico de una intervención, lo cual, se evaluó de manera cuantitativa; asimismo, el indagar sobre las vivencias durante la misma (enfoque cualitativo), permitió potenciar y profundizar el estudio y sus resultados.

#### **Fase Cuantitativa**

Se utilizó un diseño pre-experimental de alcance, de caso único ( $n = 1$ ) de tipo A-B, de línea base múltiple. De acuerdo con Miguel y Lugo (2021) los diseños  $n=1$  son ampliamente utilizados en el contexto hospitalario, pues permite evidenciar los cambios de cada participante. Fue de tipo A-B porque tendrá una fase de línea base (A) y otra de intervención (B). Además, se contó con línea base múltiple porque se evaluaron varias conductas (intra sujeto) y se comparó el avance de todos los participantes (inter sujeto).

#### **Fase Cualitativa**

Se usó un enfoque fenomenológico empírico para describir las vivencias del cuidador primario informal.

### **3.2.6 Participantes**

Se seleccionaron cuatro CPI de pacientes oncohematológicos adultos atendidos en un hospital de segundo nivel de Pachuca, por medio de un muestreo no probabilístico, intencional para aplicar la intervención.

#### **3.2.6.1 Criterios de selección**

Los CPI cumplieron con los siguientes criterios de selección para esta fase:

##### ***3.2.6.1.1 Criterios de inclusión***

- Tener 18 años en adelante.
- Radicar en un lugar que cuente con señal telefónica.
- Ser el cuidador principal de un paciente adulto oncohematológico.
- Vivir con el paciente y dedique 12 horas a su cuidado.
- Que el paciente tenga un diagnóstico confirmado (de no más de seis meses de haber sido diagnosticado) de cáncer hematológico (leucemia aguda, linfoma No Hodgkin y mieloma múltiple).
- Que el CPI sepa leer y escribir.

#### ***3.2.6.1.2 Criterios de exclusión.***

- Tener antecedentes de haber cuidado a un paciente con cáncer.
- Padecer algún trastorno psiquiátrico.
- Encontrarse en un proceso psicoterapéutico y de acompañamiento psicológico.
- Presentar problemas visuales.
- Contar con adiestramiento profesional o técnico previo (médico, enfermera, psicólogo, etcétera)
- No firmar el consentimiento informado.

#### ***3.2.6.1.3 Criterios de eliminación.***

- No responder a la batería de pruebas completa.
- No responder en tres ocasiones los autorregistros
- Decidir abandonar el estudio.
- Faltar a más de dos sesiones.
- Que el paciente fallezca.

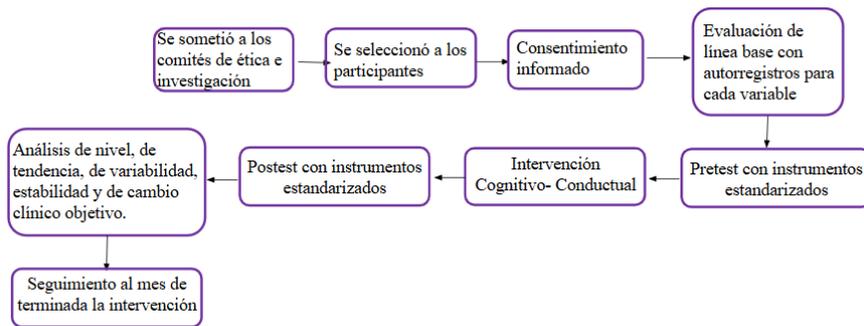
### **3.2.7 Procedimiento**

Se seleccionaron a los participantes en el Hospital General de Pachuca y el Hospital General del ISSSTE, se brindó consentimiento informado. Se comenzó a evaluar la línea base

con autorregistros de cada variable, así como la entrevista semiestructurada. Se hizo la evaluación de las variables antes, durante y después de la intervención. Se aplicó la intervención, para hacer un análisis de nivel, de tendencia, de variabilidad, estabilidad y de cambio clínico objetivo (CCO) a través de Microsoft Excel, así como el análisis categórico mediante el programa QDA Miner Lit versión gratuita (ver figura 6 y 7).

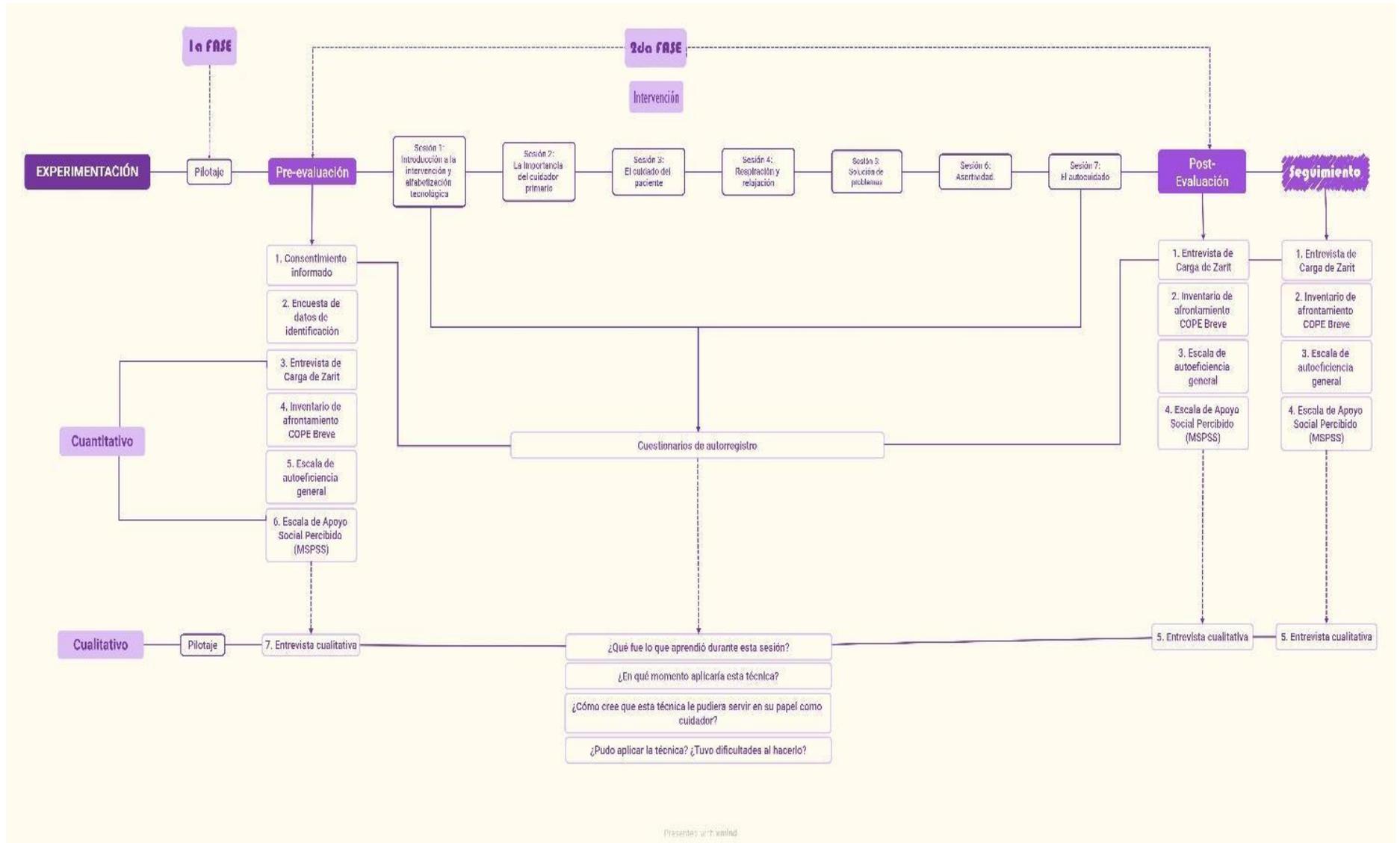
**Figura 6**

*Procedimiento General de la Fase II de la investigación*



**Figura 7**

*Procedimiento de la Fase II de la investigación (fase experimental)*



### 3.2.8 Variables y Categorías de Análisis

En seguida, se presentan las definiciones conceptuales y operacionales de las variables a estudiar (ver tabla 3).

**Tabla 3**

*Definición conceptual y operacional de las variables*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Unidades de Medición
Sobrecarga	Estado (actitudes, emociones, cambios y perturbaciones) que son consecuencia de cuidar a una persona dependiente, el cual, amenaza la salud física y mental del cuidador (Zarit et al., 1980).	Indicadores de la Entrevista de Carga de Zarit (ECZ) validada en México en CPI de pacientes adultos con cáncer por Galindo et al. (2015). (ver apéndice 3).	Cuantitativa, discreta, dependiente, intervalar, activa	Nunca=0 Casi nunca=1 A veces=2 Casi siempre=3 Siempre=4
Estrategias de afrontamiento	“Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1991, p. 141).	Puntuación de las subescalas del Inventario de Afrontamiento COPE breve validado en población mexicana por Núñez et al. (2021) en una muestra de CPI de pacientes con cáncer. (ver apéndice 4).	Cuantitativa, discreta, dependiente, intervalar, activa	Nunca=0 Poco=1 Casi siempre=2 Siempre=3
Apoyo Social Percibido	“Proceso interactivo en el que se puede obtener ayuda instrumental, emocional y afectiva de la red social, teniendo un efecto protector sobre la salud y un amortiguador del estrés que causa una enfermedad.” (Arteaga et al., 2017, p.1668).	Se dispuso de la puntuación total de la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS) validada en México en CPI de pacientes con cáncer (Santos-Vega et al., 2021; ver apéndice 5).	Cuantitativa, discreta, dependiente, intervalar, activa	Nunca= 1 Casi nunca= 2 A veces=3 Casi siempre=4 Siempre=5
Autoeficacia	“Creencia de las personas acerca de sus capacidades para ejercer influencia sobre los eventos que afectan su vida. Incluye procesos cognitivos, motivacionales, afectos y de selección” (Bandura, 1994, p. 71).	Se utilizó la puntuación total de la Escala de Autoeficacia General de Padilla et al. (2006; ver apéndice 6).	Cuantitativa, discreta, dependiente, intervalar, activa	1=Incorrecto 2= apenas cierto 3= Más bien cierto 4= Cierto
Intervención Cognitivo-Conductual “Momento de cuidarme”	Intervención que parte del supuesto de que la manera en la que piensa el individuo de sí mismo y su ambiente va a influir en sus emociones y su conducta, es decir. La TCC se dirige a reemplazar los esquemas cognitivos, emocionales y conductuales desadaptativos que influyen en el afrontamiento de la condición médica de los pacientes (Hernández et al., 2019).	Los componentes de la intervención “momento de cuidarme” fueron: Psicoeducación, relajación, solución de problemas, entrenamiento en comunicación asertiva y estrategias de autocuidado (ver apéndice 11).	Independiente	No aplica

En la tabla 4 se enlistan las variables confusoras que se han identificado que podrían influir en esta investigación.

**Tabla 4**

*Definición conceptual y operacional de las variables confusoras*

<b>Variabes Confusoras</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>
Estatus de salud del paciente	Nivel de deterioro físico que conduce a la limitación para realizar actividades o comportamientos habituales (Azpiazu, 2002)	Se indagó por este aspecto en la encuesta de datos sociodemográficos (ver apéndice 2).	Cualitativa, nominal, atributiva
Escolaridad del cuidador	“Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente” (Real Academia Española [RAE], 2021a, párr.1).	Se indagó por este aspecto en la encuesta de datos sociodemográficos (ver apéndice 2).	Cualitativa, nominal, atributiva
Empleo del cuidador	“Esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza” (RAE, 2001, párr.6)	Se indagó por este aspecto en la encuesta de datos sociodemográficos (ver apéndice 2).	Cualitativa, nominal, atributiva
Diagnóstico del paciente	“Síntesis completa de los resultados del estudio de cada caso particular, que permita y fundamente de manera adecuada la mejor intervención” (Cury y Arias, 2016, p.3).	Se indagó por este aspecto en la encuesta de datos sociodemográficos (ver apéndice 2).	Cualitativa, nominal, atributiva
Enfermedades del cuidador	“Estado producido en un ser vivo por la alteración de la función de uno de sus órganos o de todo el organismo.” (RAE, 2021b, párr. 1).	Se indagó por este aspecto en la encuesta de datos sociodemográficos (ver apéndice 2).	Cualitativa, nominal, atributiva

En la Tabla 5 se presentan las categorías de análisis, sus definiciones y sus indicadores que conformaron la entrevista cualitativa y que representa la definición operacional.

**Tabla 5***Categorías de análisis de la fase cualitativa*

<b>Categoría</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>
Afrontamiento	“Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1991, p. 141).	Coménteme una situación difícil que haya vivido como cuidador de su paciente ¿Cómo reaccionó? ¿Qué hizo para solucionarlo? (Ver apéndice 7).
Autoeficacia	Grado de confianza en las capacidades de uno mismo para ejecutar cierto comportamiento frente a obstáculos o barreras que puedan presentarse (Glanz et al., 2008).	¿Qué considera que se necesite para ser el cuidador de su paciente? ¿Usted cuenta con aquello que se necesita para ser el cuidador de su paciente? ¿Qué considera que le hace falta? (Ver apéndice 7).
Sobrecarga	Estado (actitudes, emociones, cambios y perturbaciones) que son consecuencia de cuidar a una persona dependiente, el cual, amenaza la salud física y mental del cuidador (Zarit et al., 1980).	¿Cómo considera que cuidar a su paciente ha impactado en su salud? ¿Qué es lo que ha cambiado en su vida desde que cuida a su paciente? (Ver apéndice 7).
Apoyo Social	“Proceso interactivo en el que se puede obtener ayuda instrumental, emocional y afectiva de la red social, teniendo un efecto protector sobre la salud y un amortiguador del estrés que causa una enfermedad” (Arteaga et al., 2017, p.1668).	¿Hay alguna persona que le ayude a cuidar a su paciente? ¿Cómo se organizan para cuidarlo? (Ver apéndice 7).  Si usted no pudiera cuidar más del paciente ¿Quién pudiera hacerlo? (Ver apéndice 7).  Actualmente ¿Cómo es el apoyo que recibe de sus seres queridos para cuidar al paciente? (Ver apéndice 7).  Cuando algo malo le pasa ¿a quién se lo cuenta? ¿Qué le dice esa persona? (Ver apéndice 7).
Aprendizajes de la intervención	Adquirir conocimientos y modificar conducta durante y después de la intervención.	¿Qué fue lo que aprendió durante la sesión?
Momentos de aplicación de la técnica	Episodios en la vida del cuidador en los que podría aplicar las técnicas que conforman la intervención.	¿En qué momento aplicaría esta técnica?
Dificultades en la aplicación de la técnica	Obstáculos y complicaciones al aplicar las técnicas que conforman la intervención.	¿Pudo aplicar la técnica? ¿Tuvo dificultades al hacerlo?
Opiniones sobre la intervención	Valoración que el CPI hace sobre la intervención, sobre si le fue útil o no.	¿Cómo cree que está técnica le pudiera servir en su papel como cuidador?

### 3.2.9 Instrumentos

*Entrevista de Carga de Zarit (ECZ)*: validada en México en CPI de pacientes adultos con cáncer por Galindo et al. (2015). Está constituida por 21 reactivos divididos en tres subescalas: impacto del cuidador, relaciones interpersonales y expectativas de autoeficacia. Posee una consistencia interna ( $\alpha = .90$ ) y una varianza general del 1.64%. La escala de respuesta va de cero (nunca) a cuatro (siempre). Se obtiene un índice de sobrecarga sumando los 21 reactivos en un rango mínimo de cero a un máximo de 84. Entre más alto el puntaje, más alto el nivel de sobrecarga (ver apéndice 3).

*Inventario de Afrontamiento COPE breve*: Validado en población mexicana por Núñez et al. (2021) en una muestra de CPI de pacientes con cáncer. Evalúa los estilos de afrontamiento. Consta de 22 reactivos, divididos en seis factores: 1) Apoyo emocional/ apoyo instrumental, 2) Religión, aceptación y planificación, 3) Autodistracción y expresión emocional, 4) Afrontamiento activo y desconexión conductual, 5) Reformulación positiva y humor, 6) Negación y autculpa. Cuenta con una confiabilidad ( $\alpha = .80$ ) y una varianza de 55,74%. Su escala de respuesta se encuentra en formato Likert que va de cero (nunca) a tres (siempre). Los puntajes altos indican un mayor uso de ese estilo de afrontamiento, por tanto la calificación es por factor (ver apéndice 4).

*Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS)*: Validada en México en CPI de pacientes con cáncer (Santos-Vega et al., 2021). Se conforma de 12 reactivos, dividido en tres factores: 1) Otros significativos, 2) familia y 3) amigos. Tiene una consistencia interna ( $\alpha = .90$ ) y una varianza de 77,41%. La escala de respuesta en escala Likert va de uno (nunca) a cinco (siempre). La interpretación de los resultados se realiza sumando todos los reactivos, luego se divide entre el número de reactivos para obtener un puntaje promedio (ver apéndice 5).

*Escala de Autoeficacia General*: validada en población mexicana por Padilla et al. (2006), compuesta por 10 reactivos en escala Likert que va de uno (incorrecto) a cinco

(cierto) que evalúan la confianza global de la persona para enfrentarse a situaciones estresantes. Cuenta con un alfa de Cronbach de .94 y un puntaje máximo de 40 puntos. A mayor puntaje, mayor autoeficacia (ver apéndice 6).

*Autorregistro.* Creado ex profeso para la investigación, a partir de la revisión de la literatura y las pruebas estandarizadas utilizadas (Galindo et al., 2015; Núñez et al., 2021; Padilla et al., 2006; Santos-Vega et al., 2021). Cuenta con 20 preguntas abiertas, como ¿Cuántas horas dedicó hoy a cuidar de su paciente?, ¿Cuántas horas dedicó hoy a cuidar de sí mismo?, Del 0 al 10, donde 0 es nada tenso y 10 es lo más tenso que se ha sentido en la vida ¿Qué tan tenso se sintió hoy?, etcétera.

*Guía de entrevista cualitativa semiestructurada:* Basado en la literatura y los objetivos del estudio, se creó una entrevista semiestructurada compuesta por 31 preguntas abiertas divididas en cinco ejes (aspectos personales, interpersonales, institucionales, políticas públicas y de cultura) y por 16 categorías (género, economía, historia, sobrecarga, afrontamiento, autoeficacia, significado de enfermedad, vínculo con el paciente, apoyo social, obstáculos y facilitadores, apoyo del personal de salud, capacitación, ambiente hospitalario y papel del gobierno). Así como un eje de categorías emergentes (Ver apéndice 7).

*Cuestionario para la post-evaluación:* Cuestionario de preguntas abiertas realizados ex profeso para la investigación, consta de 31 ítems, con la intención de conocer la opinión de los CPI sobre la intervención y sus aprendizajes (Ver apéndice 8).

*Cuestionario para el seguimiento:* Cuestionario de preguntas abiertas realizados ex profeso para la investigación, consta de 12 ítems, tiene como propósito explorar los aprendizajes que se han mantenido derivados de la intervención, así como los obstáculos que se le han presentado al ejecutar las técnicas y lo que consideran que necesitan conocer para mejorar sus actividades de cuidado (Ver apéndice 9).

### **3.3 Análisis de resultados**

#### **Fase Cuantitativa**

Los resultados de la pre evaluación, post evaluación y seguimiento fueron analizados con el cambio clínico objetivo (CCO; Cardiel, 1994) el cual, se obtuvo al dividir la resta de la post evaluación y la pre evaluación, entre la pre evaluación. Si los resultados son superiores a .20, se considera que hubo un cambio clínico objetivo significativo.

Con respecto al análisis de los resultados del diseño de caso (n = 1) se utilizaron los índices de nivel, tendencia, variabilidad y estabilidad.

De acuerdo con Chávez (2015) los estadísticos que se emplean para el diseño de caso único son los siguientes:

1. El nivel es el grado de ejecución de una conducta específica, en un periodo determinado. Este indicador se obtiene en la línea base y la fase experimental. Este se calcula al sumar las mediciones por cada fase y dividir las entre el número total de mediciones, es decir, es un promedio. La fórmula es la siguiente:

$$\bar{Y}_t = \frac{\sum_{t=1}^n Y_t}{n}$$

2. La tendencia se define como la dirección que pueden tomar los datos, también se identifica en ambas fases. Si la dirección es ascendente se considera positiva, si es descendente, negativa; si el valor es cero se considera que no hay una tendencia. Este se calcula con la siguiente expresión algebraica:

$$b = \frac{n \left( \sum_{t=1}^n X_t Y_t \right) - \left( \sum_{t=1}^n X_t \right) \left( \sum_{t=1}^n Y_t \right)}{n \left( \sum_{t=1}^n X_t^2 \right) - \left( \sum_{t=1}^n X_t \right)^2}$$

3. La estabilidad es más importante en la línea base, pues es el punto de comparación para corroborar si hubo cambios con la intervención. Se espera que la línea base esté estable para comenzar con la intervención. Es la ausencia de una tendencia o variabilidad. Esta se estima con el estadístico C de Tryon con la siguiente fórmula:

$$C = 1 - \frac{\sum_{t=1}^{n-1} (Y_{t+1} - Y_t)^2}{2 \sum_{t=1}^n (Y_t - \bar{Y})^2}$$

4. La variabilidad se refiere a la fluctuación de datos sin dirección definida, cuando esta es amplia, los resultados no se podrían atribuir a la maniobra experimental. Se calcula con la siguiente expresión:

$$V = \sqrt{\frac{\sum_{t=1}^n Y_t^2 - n(\bar{Y})^2}{n}}$$

Para los análisis estadísticos, se usó Microsoft Excel.

### **Fase Cualitativa**

Para los tres momentos de evaluación (pre evaluación, post evaluación y seguimiento) y para las evaluaciones por sesión, se empleó el análisis categórico mediante el programa QDA Miner Lit versión gratuita.

### **3.4 Consideraciones bioéticas y de bioseguridad**

De acuerdo con el artículo 23 de la Declaración de Helsinki y el artículo 14 fracción VII del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Asamblea Médica Mundial, 2013; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014), este protocolo de investigación deberá ser sometido a evaluación por un comité de ética y de investigación, para garantizar que cumpla con todas pautas éticas necesarias para llevarse a cabo. Lo cual, se hizo con el Comité de Ética en Investigación de la UAEH (ICSa153/2022) y con el Comité de ética e Investigación del Hospital General de Pachuca (No. 052/2023) y del Hospital General del ISSSTE (CEEI-046-23; ver apéndice 10).

Al considerar el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, este estudio es considerado con riesgo mayor al mínimo, puesto que implica la manipulación de la conducta de los participantes, lo que se tiene en cuenta al momento de planear esta intervención.

Asimismo, en el artículo 24 de la Declaración de Helsinki y el artículo 21 fracción VIII del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Asamblea Médica Mundial, 2013; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014), establecen que los investigadores deben velar por la confidencialidad y la privacidad de los sujetos de investigación, por lo que los datos de las personas que participen en esta investigación no serán revelados a nadie externo al estudio y solo serán usados para los intereses de la misma, cuidando su identidad.

El consentimiento informado libre y voluntario es otro elemento mencionado en la Declaración de Helsinki y en los artículos 20 y 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, así como en el Código Ético del Psicólogo (Asamblea Médica Mundial, 2013; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014; Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México [FENAPSIME], 2018). A toda persona que participe en una investigación, se le deben explicar los beneficios que obtendrá, los riesgos a los que será expuesto, el manejo confidencial de su información, en qué consiste su participación, si existen otras opciones y su derecho a ser revocado en cualquier momento que así lo decida. Este es un elemento que ya se encuentra considerado en el proyecto (ver apéndice 1).

De acuerdo con el Código Ético del Psicólogo y el artículo 114 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014; FENAPSIME, 2018), los estudios científicos en psicología deben realizarse por profesionales debidamente acreditados y calificados en las técnicas que ejecutaron. Cuento con los títulos y cédulas que acreditan mi formación. Además, poseo la experiencia y capacitación en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), enfoque en el que estuvo centrada la investigación. Por otro lado, también se indica que tanto los instrumentos de medición e intervenciones empleadas deben siempre estar sustentadas y probadas científicamente. En estudios parecidos la TCC ha demostrado su eficacia (Adamuz et al., 2018; Amador-Marín y Guerra-Martín, 2016; Cerquera y Pabón, 2014; Zabalegui, 2008). Del mismo modo, los instrumentos que se usaron están debidamente validados como se describe en el apartado correspondiente de este documento.

Con base en el artículo 35 y 36 de la Declaración de Helsinki y del artículo 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Asamblea Médica Mundial, 2013; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014), es una obligación ética publicar y difundir los resultados positivos o negativos de la investigación, velando por la confidencialidad de los participantes. Los resultados han sido éticamente cuidados.

Finalmente, se tomaron en cuenta las consideraciones éticas que marca la American APA (2013) y el Colegios de Psicólogos de Madrid acerca del uso de la telepsicología.

## 4. Resultados

A continuación, se presentarán los resultados de las dos fases de este estudio (fase de validación y fase de intervención). Se presentan los datos cuantitativos y cualitativos recabados.

### 4.1 Fase I. Validación de la intervención

Los resultados del objetivo determinar y estimar las propiedades cualitativas de la intervención “Momento de cuidarme” dirigida a la sobrecarga, apoyo social, autoeficacia y estilos de afrontamiento en CPI de pacientes oncohematológicos mediante la técnica de validación por expertos, fueron los siguientes.

En la primera evaluación participaron tres juezas expertas, con estudios de posgrado, especialistas en medicina conductual, mínimo con 6 años de experiencia con cuidadores de pacientes oncohematológicos.

Al usar el coeficiente gamma se obtuvieron los siguientes resultados (Ver Tabla 6).

**Tabla 6**

*Concordancia entre jueces (Coeficiente Gamma)*

	<b>Juez 2</b>	<b>Juez 3</b>
Juez 1	.40	.45
Juez 3	-.55	----

Nota: Valores más cercanos a 1, existe más concordancia.

Las principales aportaciones para corregir que hicieron las juezas fueron acerca de los objetivos, las instrucciones, los materiales e integrar criterios de cambio como metas de las habilidades que los participantes deben alcanzar en cada sesión.

Debido a que los índices de concordancia fueron de medios a bajos, se hizo una segunda ronda de evaluación por las mismas tres juezas, después de haber hecho las adecuaciones sugeridas, usando una escala de respuesta dicotómica para poder usar el coeficiente de Kappa, donde se lograron niveles de concordancia superiores a .7 ( $p > .01$ ) entre la jueza 1 y la jueza 2; y la jueza 1 y la 3, pero no entre la 2 y la 3. Para ver las tablas y análisis que se realizaron ir al enlace:

<https://drive.google.com/drive/folders/1UpEDqWJu88IXpzfV6z76yc8QiH4KDbL?usp=sharing>

## 4.2 Fase II. Intervención

Como ya se señaló, participaron cuatro cuidadoras primarias de los dos hospitales de segundo nivel de Pachuca, Hidalgo, México. En la Tabla 7 se presentan los datos sociodemográficos.

**Tabla 7**

*Datos sociodemográficos de las cuidadoras primarias*

	C1	C2	C3	C4
Edad	44 años	66 años	52 años	58 años
Escolaridad	Preparatoria	Preparatoria	Preparatoria (2o año)	Licenciatura
Ocupación	Ama de casa y ganadera	Comerciante de tienda de abarrotes	Empleada de una tienda de ropa	Ama de casa (recién jubilada de docencia)
Estado civil	Separada	Casada	Unión libre	Casada
Enfermedades	Ninguna	Problemas cardiacos, diabetes y glaucoma	Diabetes	Ninguna
Antecedentes de Tx Psicológico	Sí	Sí	No	No
Edad del Px	76 años	40 años	66 años	62 años
Dx del Px	LLC	Mieloma Múltiple	Mieloma Múltiple	LNH
Tiempo de Dx	8 meses	2 años	4 años	2 años
Tx	Terapia Blanco	Quimioterapia	Vigilancia	Quimioterapia
Comorbilidades	HAS	Hipotiroidismo	Ninguna	Ninguna
Días que lo cuida	Diario	5 días/ semana	Diario	Diario
Dependencia	Restringido en actividades pesadas	Totalmente activo	Totalmente activo	Restringido en actividades pesadas
Tiempo de cuidado	16 horas	4 horas	3 horas	3 horas
Otras personas que dependen	Sus dos hijas adolescentes	Sus 2 nietos	Su mamá	Sus nietos e hijos

Nota: Tx= Tratamiento; Px=Paciente; LLC= Leucemia Linfoide Crónica, LNH= Linfoma No Hodgkin; HAS: Hipertensión Arterial Sistémica.

En lo concerniente a las variables confusoras: 1) el estado de salud de los pacientes se encontró estable, sin embargo, en el caso del paciente de la C3 se sospechaba de una

recaída. 2) La escolaridad fue muy parecida para la C1, C2 y C3, la única con un grado superior fue la C4. 3) En relación al empleo, la única que salía a trabajar fuera de casa era la C3, pues la C1 y C2 trabajaban en el mismo terreno de su hogar. Por otro lado, la C4 se jubiló a partir de la enfermedad de su esposo. 3) Sobre el diagnóstico del paciente, dos de ellos presentaba mieloma múltiple (aunque en diferentes momentos de la enfermedad; una preparándose para el trasplante de médula ósea y el otro, en una probable recaída), los otros dos pacientes se encontraban en fase de tratamiento. 4) Sólo la C2 y C3 presentaban enfermedades (problemas cardíacos y diabetes). Estas variables se tomaron en cuenta durante el análisis de resultados.

En seguida, se presentan los resultados cuantitativos y cualitativos por cada una de las variables.

#### 4.2.1 Sobrecarga

##### *Cuantitativo*

El primer y segundo objetivo específico de esta fase fue estimar los niveles de sobrecarga y evaluar el cambio clínico de la intervención en los niveles de sobrecarga de las cuidadoras.

En ninguna de las evaluaciones las cuidadoras obtuvieron puntajes elevados de sobrecarga, teniendo en cuenta que el puntaje mínimo es cero y el máximo de 90. Sólo en el caso de la C4, se obtuvo un CCO significativo entre el pre y postest (CCO = .38) y ninguno entre el postest y el seguimiento (ver tabla 8).

**Tabla 8**

*Resultados de la Escala de Entrevista de Carga de Zarit*

	<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>	<b>C4</b>
Pre-evaluación	19	7	20	11
Post-evaluación	0	0	20	18
Seguimiento	0	2	15	13
CCO pre-post	-1	-1	0	.38*
CCO post-seg	0	0	-.25	-.27

Nota: CCO= Cambio Clínico Objetivo. \*  $\geq .20$  cambio significativo

### *Cualitativo*

El primer objetivo cualitativo fue narrar las vivencias del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos relacionadas con la sobrecarga.

La sobrecarga a nivel cualitativo fue identificada en tres de las cuatro cuidadoras (ver tabla 9).

**Tabla 9**

*Evidencia cualitativa de la sobrecarga*

C1	C2	C3	C4
“A veces me estreso más, pero no tengo que contener... no sé cómo decirlo; me siento como que en una cajita, que la quiero abrir [hace gestos con las manos abiertas] y se me cierra, me siento como muy contenida”	No se identificó sobrecarga en su discurso.	“Yo también me canso; hay días que no quisiera saber de nadie, pero a pesar de todo eso, estoy con él y al pendiente y al cuidado de él” “Ahora sí yo siento que el carácter me ha cambiado yo creo que es por lo mismo. Pues para mí no es fácil tener que cargar con enfermos”	“Haga de cuenta que siento como que no valoran lo que yo hago, se siente como que sienten que yo estoy bien siempre y que siempre debo estar bien, no saben que a veces me siento sola y triste... a veces. Y me distraigo y ya se me pasa, ¿no? Busco formas... de salir de esto, pero sí, me siento así a veces. Y no es que me pese, es que así me siento”.

### **4.2.2 Apoyo social percibido**

#### *Cuantitativo*

El tercer y cuarto objetivo específico cuantitativo fue cuantificar el apoyo social percibido y evaluar el cambio clínico de la intervención en el apoyo social percibido por los cuidadoras.

En lo que atañe a la variable apoyo social percibido, la calificación se realiza sumando todos los reactivos, luego se divide entre el número de reactivos para obtener un puntaje promedio. En dos casos, se obtuvieron cambios clínicos objetivos significativos (CCO = .46 y .63) en la C1 y C4 entre la pre y post-evaluación, no se obtuvo ningún CCO entre la post-evaluación y el seguimiento (ver tabla 10).

Para la interpretación, se toma en cuenta el promedio y se asocia con las opciones de respuesta, por lo que en la pre-evaluación la C1, percibe que “a veces” recibe apoyo social, la C2 “casi siempre”, la C3 “casi siempre” y la C4 “casi nunca”-

**Tabla 10***Resultados de la Escala de Apoyo Social Percibido*

	<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>	<b>C4</b>
Pre-evaluación	41 (3.4)	56 (4.6)	54 (4.5)	28 (2.3)
Post-evaluación	60 (5.0)	54 (4.5)	47 (3.9)	45 (3.7)
Seguimiento	48 (4.0)	33 (2.7)	46 (3.8)	48 (4.0)
CCO pre-post	.46*	-.03	-.13	.63*
CCO post-seg	-.20	-.38	-.02	.06

Nota: CCO= Cambio Clínico Objetivo. \*  $\geq .20$  cambio significativo*Cualitativo*

El segundo objetivo cualitativo fue describir las vivencias del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos relacionadas con el apoyo social percibido.

Tres cuidadoras perciben apoyo social, a excepción de la C4 (ver tabla 11).

**Tabla 11***Evidencia cualitativa del apoyo social*

<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>	<b>C4</b>
“No están mis hermanos con nosotras, pero se organizaron para apoyar de alguna manera” “Mi sobrina la hija de mi hermana, igual ella apoya”	“Mi hijo me dio dinero, mis hermanos también, no les pedí ellos se enteraron y no están económicamente bien, pero lo poco o mucho me depositaron para lo que necesitaran” “A mi marido le digo no le pregunto si quiere, él también ha puesto de su parte”	“Pues como vivimos con la hija, ella me ayuda. Si yo no estoy o si tengo que salir con la mamá, o si voy a llegar muy tarde, ella va a estar ahí para cuidarlo, ella es mi apoyo”	“Le digo, perdí a mis amigos porque pues me los encontraba en el trabajo diario “¿Cómo está, miss?” y les contaba mis penas, mis cosas, y pues ahora nadie, eso es... lo que me pasa”

**4.2.3 Autoeficacia***Cuantitativo*

El quinto y sexto objetivo cuantitativo fue calcular la autoeficacia y evaluar el cambio clínico de la intervención en la autoeficacia en las cuidadoras primarias.

Todas las cuidadoras obtuvieron puntajes elevados de autoeficacia en la mayoría de las fases, a excepción de la C2 en el seguimiento que obtuvo un puntaje de 11, considerando que su puntaje mínimo es cero y el máximo de 40. Se observaron cambios significativos entre la pre y post-evaluación en el caso de la C1 (CCO = .33). En el caso de la post-evaluación y el seguimiento resultó un CCO de .48 en la C3 (ver tabla 12).

**Tabla 12**

*Resultados de la Escala de Autoeficacia General*

	C1	C2	C3	C4
Pre-evaluación	30	34	40	40
Post-evaluación	40	34	27	37
Seguimiento	36	11	40	37
CCO pre-post	.33*	0	-.33	.07
CCO post-seg	-.1	-.6	.48*	0

Nota: CCO= Cambio Clínico Objetivo. \*  $\geq .20$  cambio significativo.

### *Cualitativo*

El tercer objetivo cualitativo fue relatar las vivencias del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos relacionadas con la autoeficacia.

Dos cuidadoras expresan sentirse autoeficaces, dos de ellas consideran que necesitan más paciencia o energía (ver tabla 13).

**Tabla 13**

*Evidencia cualitativa de la autoeficacia*

C1	C2	C3	C4
E: ¿Usted cuenta con aquello que se necesita para cuidar a su paciente? “Sí”.	E: ¿Usted cuenta con aquello que se necesita para cuidar a su paciente? “Sí, sí”.	“Me hace falta mucha paciencia, necesito mucha paciencia, necesito hacerlo entender que lo que yo le digo no es para dañarlo es para que esté bien, pero pues a veces me desespero porque él no entiende lo que yo hago y le digo es por su bien.”	E: ¿Qué considera que se necesite para ser el cuidador de su paciente? “Mucho amor, mucha paciencia igual”
E: ¿Qué considera que le hace falta? “Más fuerza [ríe], más energía”	E: ¿Qué considera que le hace falta? “No, yo siento que tengo todo”		E: ¿Y cree usted cuenta con aquello que se necesita? “Amor propio sí, por lo menos... siempre es el que ayuda a compartir a los demás... Mucha tolerancia. Yo creo que mi trabajo mismo con adolescentes me enseñó a ser muy tolerante”.

### 4.2.3 Estilos de afrontamiento

#### *Cuantitativo*

El séptimo y octavo objetivo cuantitativo fue identificar los estilos de afrontamiento y evaluar el cambio clínico de la intervención en los estilos de afrontamiento empleados por las cuidadoras.

Los puntajes brutos más altos son los estilos de afrontamiento más empleado por cada una. El estilo que menos emplean es el de la negación y la autculpa (ver tabla 14).

**Tabla 14**

*Resultados del Inventario de Afrontamiento COPE Breve*

	C1			C2			C3			C4		
	Pre	Post	Seg									
A. emocional/ A.Instrumental	6	12	12	12	12	5	2	4	0	12	9	7
Religión, aceptación y planificación	12	10	8	12	12	8	4	4	7	11	11	10
Autodistracción y expresión emocional	4	12	7	4	5	5	2	4	5	10	9	10
Afrontamiento activo y desconexión conductual	7	9	7	9	6	4	6	5	8	9	7	6

Reformulación positiva y humor	8	12	9	9	7	3	7	7	9	12	11	10
Negación y autculpa	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Nota: Pre=Pre-evaluación; Post=Post-evaluación, Seg=Seguimiento.

La C1 presentó cambios clínicamente objetivos significativos entre la pre y post prueba en los factores apoyo emocional e instrumental (CCO = 1), autodistracción y expresión emocional (CCO = 2), afrontamiento activo y desconexión conductual (CCO = .28) y reformulación positiva y humor (CCO = .5), ninguno se observó entre la post-evaluación y el seguimiento. En el caso de la C2 se presentó solo un cambio significativo entre la pre y post evaluación en la dimensión autodistracción y expresión emocional (CCO = .25). En el caso del C3 presentó cambios entre la pre y post prueba en los factores apoyo emocional e instrumental (CCO = 1) y autodistracción y expresión emocional (CCO = 1), así como entre la post-evaluación y el seguimiento en los factores religión, aceptación y planificación (CCO = .75), autodistracción y expresión emocional (CCO = .25), afrontamiento activo y desconexión conductual (CCO = .6) y reformulación positiva y humor (CCO = .28). En cuanto a la C4, no se obtuvo ningún CCO (ver tabla 15).

**Tabla 15**

*Cambio Clínico Objetivo de los resultados del Inventario de Afrontamiento COPE Breve*

	C1		C2		C3		C4	
	CCO pre-post	CCO post-seg	CCO pre-post	CCO pre-seg	CCO pre-post	CCO pre-seg	CCO pre-post	CCO pre-seg
A. emocional/ A.Instrumental	1*	0	0	-.58	1*	0	-.30	-.22
Religión, aceptación y planificación	-.20	-.20	0	-.33	0	.75*	0	-.09
Autodistracción y expresión emocional	2*	-.41	.25*	0	1*	.25*	-.10	.11

Afrontamiento activo y desconexión conductual	.28*	-.22	-.30	-.33	-.20	.60*	-.20	-.14
Reformulación positiva y humor	.50*	-.25	-.20	-.57	0	.28*	-.10	-.09
Negación y autculpa	0	0	0	0	-1	0	0	0

Nota: CCO= Cambio Clínico Objetivo. \*  $\geq .20$  cambio significativo. Pre=Pre-evaluación; Post=Post-evaluación, Seg=Seguimiento.

### Cualitativo

El cuarto objetivo cualitativo fue reconocer las vivencias del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos relacionadas con los estilos de afrontamiento.

Las cuatro cuidadoras narran hechos en los que usaron un afrontamiento centrado en el problema (ver tabla 16).

**Tabla 16**

*Evidencia cualitativa de los estilos de afrontamiento en la respuesta a la pregunta ¿Cómo reaccionó ante una situación difícil como cuidadora?*

C1	C2	C3	C4
“Le dije, yo lo sé má’, pero no puedo dejarte que gastes la energía que te sirve para estar mejor en cargar cubetas para regar las plantas, déjalas que se mueran, cuando tú ya estés bien, compramos otras y como que se enojó muchísimo y fue una frustración extrema en mí porque no pude gritar [silencio], no pude gritar y yo le dije, yo las riegos, entonces dejé de hacer lo que estaba haciendo y me puse a hacer lo que ella quería hacer”	“Tenemos un cuarto a bajo y ya le adaptamos lo del oxígeno... entonces le decía vámonos a urgencias... cuando es así rentamos camioneta llevábamos silla”.	“Como pude me levanté, traté de levantarlo, no podía apoyar el pie, lo levanté, prendí la luz lo senté y ví que sangraba, le lavé la herida, le puse unas vendetas, le puse gasa y así pasamos la noche, fue como a las 2 de la mañana, a las 8 de la mañana del siguiente día, a pesar de no poder caminar, me lo llevé al doctor... como le digo, tú actúa como hombre no como un niño, entiende que si a ti te pasa algo, la que va a sufrir más soy yo”.	“Le puse rápido botellas con agua caliente, lo enredé en cobijas y... estuve con él hasta que se recuperó porque... sólo temblaba y no podía ni hablar, no podía hacer nada, fue hipotermia”.

### 4.3 Diseño de caso único (n = 1)

A continuación, se presentan los resultados del Diseño de caso único (n = 1) de las variables evaluadas.

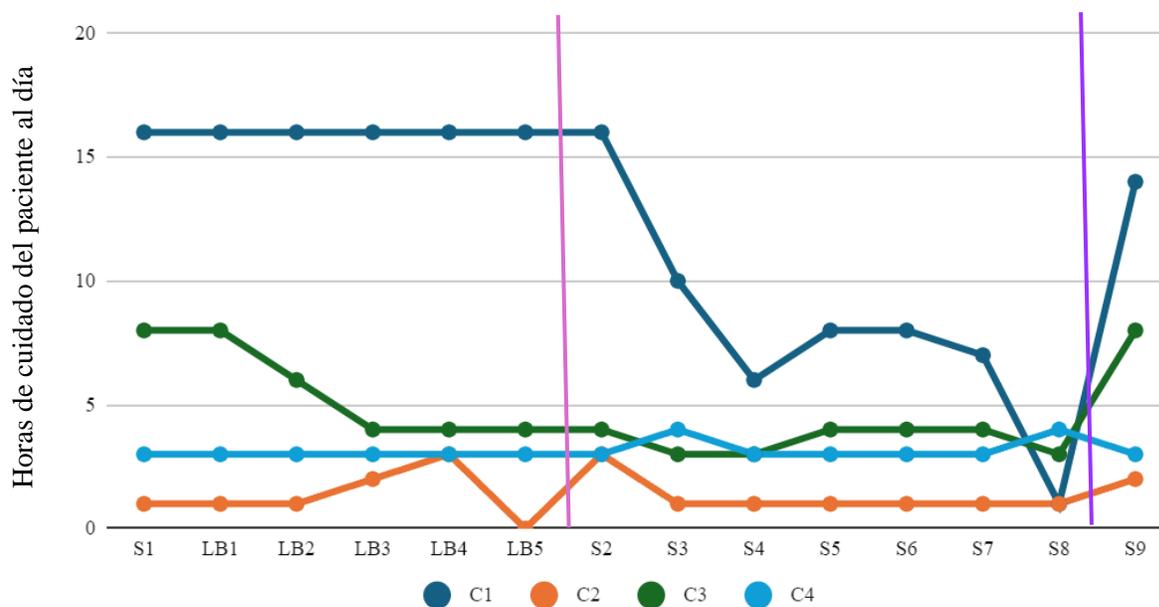
Cabe señalar que para identificar si se presentaron cambios en nivel, tendencia, variabilidad y estabilidad, se comparan los resultados entre línea base y fase experimental.

### 4.3.1 Tiempo invertido en el cuidado del paciente

En la figura 8 se observa la frecuencia del tiempo que la cuidadora invirtió en el cuidado del paciente. En la mayoría de las cuidadoras este tiempo se mantuvo estable con ligeras variaciones. En el seguimiento, parece que el tiempo tiende a aumentar.

**Figura 8**

*Registro del tiempo invertido en el cuidado del paciente*



Nota: S= Sesión, LB=Línea Base, C=Cuidadora. La sesión 9 corresponde al seguimiento.

El cálculo de los índices de nivel, tendencia, variabilidad y estabilidad para las conductas meta de este estudio permite observar que, en lo que atañe al tiempo invertido en el cuidado, de la cual, se esperaba que disminuyera al incrementar las redes de apoyo. El nivel se muestra favorable en la mayoría de los casos, pues el tiempo disminuiría durante la fase de la intervención. La tendencia en línea base en la mayoría de los casos es positiva y

baja. En fase experimental, se mantiene positiva en tres de los cuatro casos, pero la magnitud continúa siendo baja, lo que quiere decir que el tiempo para cuidar al paciente aumentó ligeramente, en lugar de disminuir. La variabilidad es pequeña en la línea base y cambia ligeramente en la fase experimental, a excepción de la C1 donde se puede observar, incluso en la gráfica, que hay grandes variaciones. La estabilidad se observa en línea base en tres de los casos, pues se obtuvo una probabilidad mayor que .05, sólo el C3 obtuvo un nivel menor. En la fase experimental existe estabilidad en los casos de C1 y C3 ( $p > .05$ ; ver tabla 17).

**Tabla 17.**

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el tiempo invertido en el cuidado del paciente*

Participante	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Coeficiente de variabilidad		Estabilidad	
	Fase									
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
C1	16	8.7	0	-0.6	0	4.3	0	50.0	0	0.4
C2	1.6	1.3	0.0	1.9	0.9	0.6	70.7	50.6	0	-3.4
C3	5.7	4.1	-0.9	0.3	1.7	1.5	31.6	37.2	2.3	0.1
C4	3	3.2	0	0	0	0.4	0	13.3	0	-1.

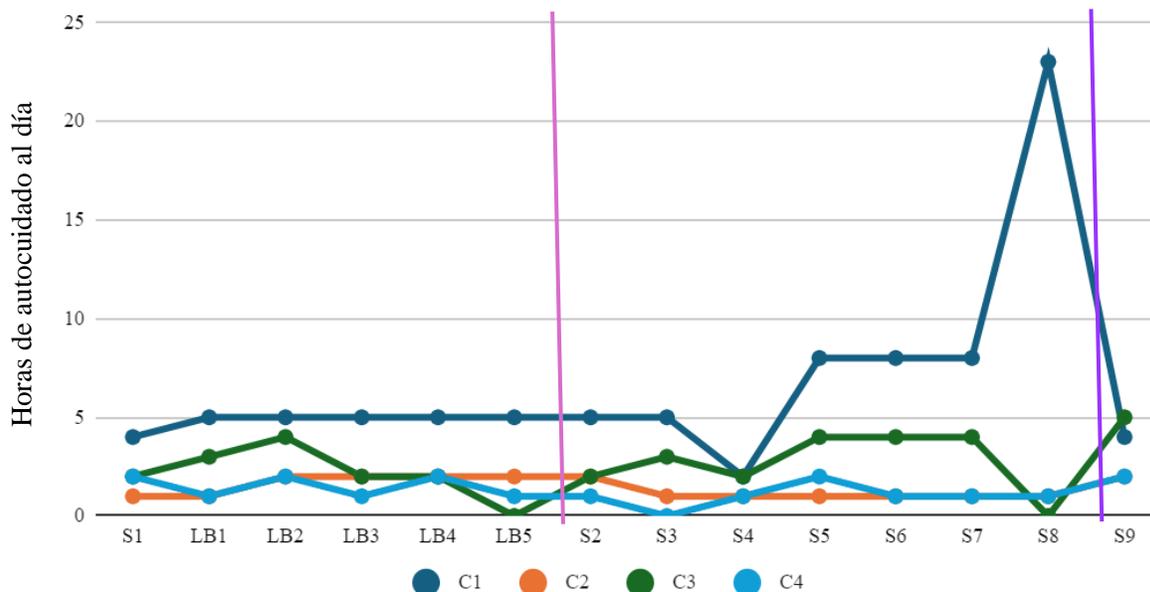
Nota: LB=Línea Base, FE=Fase Experimental, C= Cuidadora

#### **4.3.2 Tiempo invertido para el autocuidado de la CPI**

En la figura 9 se observa la frecuencia del tiempo que la cuidadora empleó para su autocuidado. El tiempo de autocuidado de las CPI tampoco tuvo variaciones importantes en la mayoría de los casos, este tiempo se mantuvo bajo con un ligero aumento para la sesión de seguimiento. Se esperaba que, con la intervención, el tiempo de autocuidado aumentara. En el seguimiento, en la mayoría de los casos, se ve un ligero aumento en el tiempo de autocuidado.

**Figura 9**

*Registro del tiempo invertido en el autocuidado de la CPI*



Nota: S=Sesión, LB=Línea Base, C=Cuidadora. La sesión 9 corresponde al seguimiento.

Para la variable de tiempo de autocuidado del CPI, se identificó que el nivel se mantuvo muy cercano entre la LB y la FE, en cuanto a la tendencia, se muestra es positiva, es decir, que la tendencia fue al alza en tres casos, aunque baja. Solo en el caso de la C1 se presentó una variabilidad elevada, en el resto, fue muy ligera. En la línea base, hay estabilidad en la mayoría de los casos, debido a que se reconoce una probabilidad mayor a .05, a excepción de C2; en la fase experimental, no se identifica estabilidad en el C3 y C4 ( $p < .05$ ; ver tabla 18).

**Tabla 18.**

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el tiempo invertido en el autocuidado de la CPI*

Participante	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Coeficiente de variabilidad		Estabilidad	
	Fase									
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
C1	4.8	7.8	0.1	1.2	0.3	6.0	7.7	77.0	1.1	-0.2
C2	1.6	1.2	0.2	0	0.4	0.4	28.2	36.6	1.8	0
C3	2.2	3.0	-0.4	0.1	1.2	1.5	56.0	50.0	1.2	-1.8
C4	1.5	1.1	0.0	-0.1	0.5	0.5	33.3	53.2	-0.9	-2.3

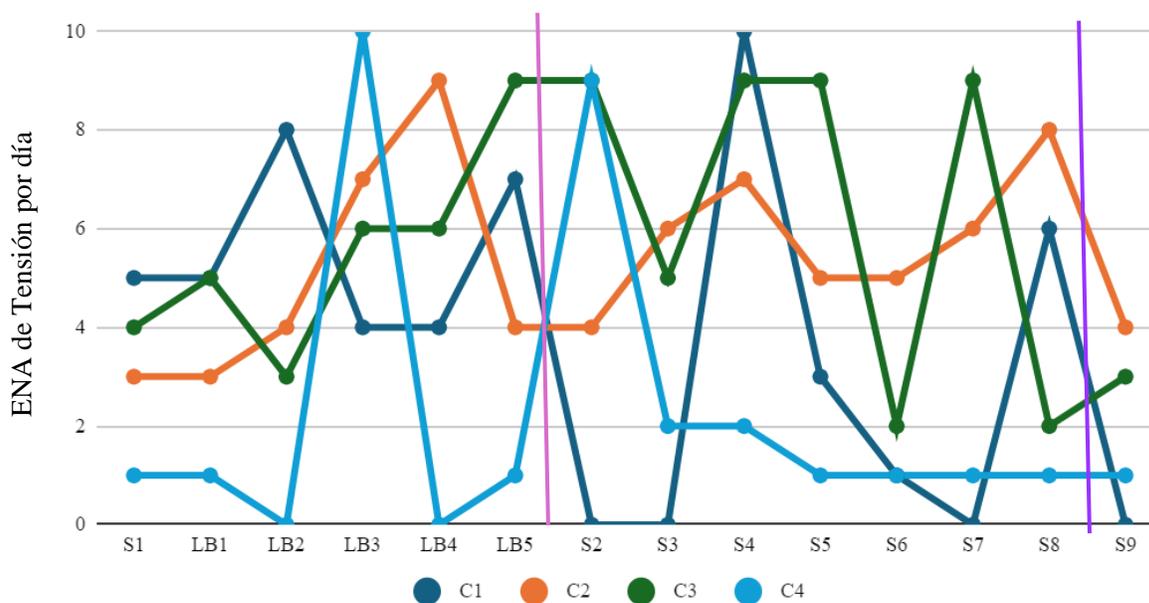
Nota: LB=Línea Base, FE=Fase Experimental, C= Cuidadora

### 4.3.3 Nivel de tensión de las CPI

En la figura 10 se observa el nivel de tensión que registró el CPI. En esta variable fue donde más se puede observar variabilidad y es difícil identificar el nivel y la tendencia. Se esperaba que la tensión disminuyera después de la intervención. En el seguimiento, en dos casos C1 y C2 se reconoce disminución de la tensión.

**Figura 10**

*Registro del nivel de tensión de la CPI*



Nota: S=Sesión, LB=Línea Base, C=Cuidadora. La sesión 9 corresponde al seguimiento.

Si bien, a la inspección visual no se identifica claramente la magnitud del nivel, al hacer el cálculo del índice, se identifica que en la mayoría de los casos la tensión aumentó, solo en el caso de C1 disminuyó. Con respecto a la tendencia en la fase experimental, el índice es negativo, lo que significa que la tensión iba disminuyendo. Se observan coeficientes de variabilidad elevados, coincidiendo con la inspección visual. En la línea base, hay estabilidad en la mayoría de los casos, debido a que se registra una probabilidad mayor a .05, a excepción de C3; en la fase experimental, no se identifica estabilidad en el C2 y C4 ( $p < .05$ ; ver tabla 19).

**Tabla 19.**

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el nivel de tensión de los CPI*

Participante	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Coeficiente de variabilidad		Estabilidad	
	Fase									
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
C1	5.5	2.5	0.8	0	1.5	3.4	27.2	138.5	-0.7	-1.1
C2	5.0	5.6	0.7	0.0	2.2	1.3	44.7	23.4	1.0	-4.8
C3	5.5	6.0	0.8	-0.7	1.8	3.1	34.4	52.0	1.3	-0.9
C4	2.1	2.2	0.2	-0.7	3.5	2.5	162.9	114.9	-1.0	-4.3

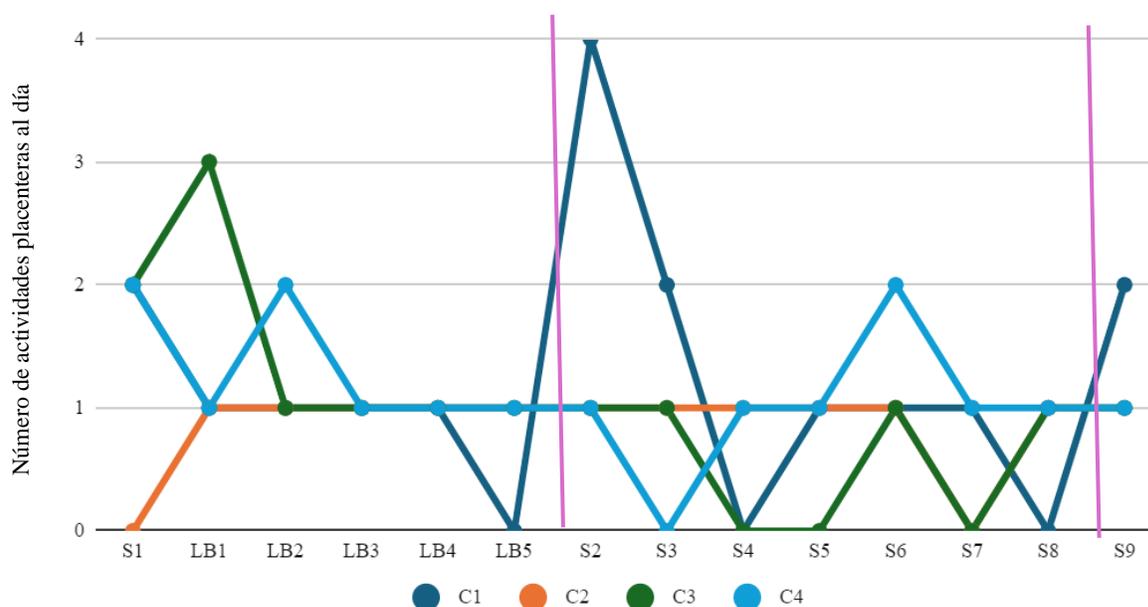
Nota: LB=Línea Base, FE=Fase Experimental, C= Cuidadora

#### **4.3.4 Actividades que disfruta la CPI realizar**

En la figura 11 se observa la frecuencia en que las CPI realizaron actividades placenteras. Visualmente se aprecia que hay estabilidad y que en el caso de la C1 se justifica comenzar intervención pues la variable se espera que aumente en la fase experimental y en la línea base, se registra que la variable disminuye. Se muestra que, en casi toda la intervención en la mayoría de los casos, se mantuvieron realizando una actividad placentera. En el seguimiento, en tres casos, las actividades placenteras se mantienen estables.

**Figura 11**

Registro del número de actividades placenteras que la CPI realizaba



Nota: S=Sesión, LB=Línea Base, C=Cuidadora. La sesión 9 corresponde al seguimiento.

En el cálculo de los índices descriptivos, se observa que el nivel aumentó ligeramente en la fase experimental en los casos de C1 y C3. Para la tendencia, se observa negativa en el caso C1 y C2, lo que demuestra que estas actividades fueron a la baja. Se muestra un incremento de variabilidad en la fase experimental. En la línea base, hay estabilidad en la mayoría de los casos, debido a que se registra una probabilidad mayor a .05, a excepción de C4; en la fase experimental, no se identifica estabilidad en el C2 y C3 ( $p < .05$ ; ver tabla 20).

**Tabla 20.**

Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el número de actividades placenteras que realizaron las CPI

Participante	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Coeficiente de variabilidad		Estabilidad	
	Fase									
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
C1	1.0	1.3	-0.2	-0.2	0.5	1.2	57.7	88.6	1.4	1.0
C2	0.8	0.8	0.1	0	0.3	0.3	44.7	37.7	1.1	-2.3
C3	1.5	0.6	-0.3	0	0.7	0.4	50.9	77.4	0.8	-4.5
C4	1.3	1.0	-0.1	0	0.4	0.5	35.3	50	-2.4	-0.3

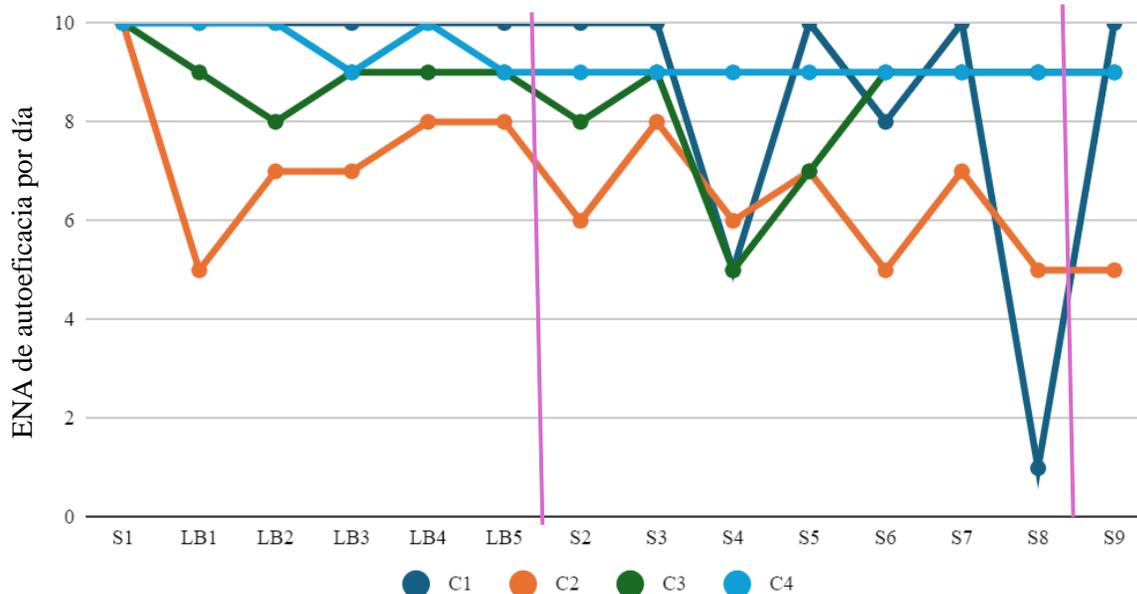
Nota: LB=Línea Base, FE=Fase Experimental, C= Cuidadora

### 4.3.5 Autoeficacia del CPI para cuidar al paciente

En la figura 12 se observa la autoeficacia percibida por el CPI para cuidar al paciente. Se observa que, en la mayoría de los casos, la autoeficacia se mantiene en niveles altos, solo el caso de C1 se observa una drástica disminución en la última sesión de intervención. En el seguimiento, tres casos se mantienen con puntuaciones altas de autoeficacia percibida para cuidar al paciente, solo la C3 se mantiene en una puntuación de 5.

Figura 12

Registro del nivel de autoeficacia percibida por el CPI para cuidar al paciente



Nota: S=Sesión, LB=Línea Base, C=Cuidadora. La sesión 9 corresponde al seguimiento.

En lo que se refiere a los índices descriptivos, el nivel disminuyó en la fase experimental en los cuatro casos. La tendencia fue casi nula, en la fase experimental, en dos casos (C1 y C2) fue negativa, por lo que la autoeficacia para cuidar al paciente disminuyó. La variabilidad también fue baja. La estabilidad estuvo presente en todos los casos en línea base ( $p > .05$ ) y en la fase experimental, solo el C2 no presentó estabilidad ( $p < .05$ ; ver tabla 21).

**Tabla 21.**

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el nivel de autoeficacia percibida por el CPI para cuidar al paciente*

Participante	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Coeficiente de variabilidad		Estabilidad	
	Fase									
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
C1	10	8.0	0	-0.3	0	3.1	0	39	0	-1.3
C2	7.5	6.1	0	-0.2	1.5	1.0	20	17.1	-0.3	-6.0
C3	9.0	8.1	-0.1	0.2	0.5	1.3	6.4	16.7	0.7	0.1
C4	9.6	9.0	-0.1	0	0.4	0	4.8	0	0	-0.3

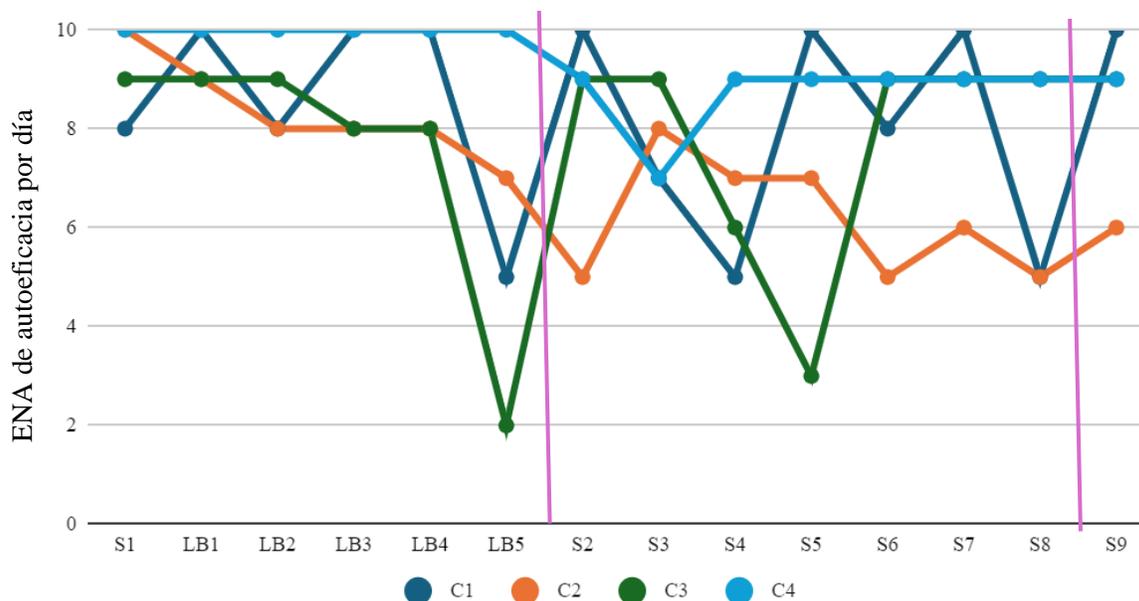
Nota: LB=Línea Base, FE=Fase Experimental, C=Cuidadora

### 4.3.6 Autoeficacia del CPI para cuidar de sí mismo

En la figura 13 se observa la autoeficacia percibida por el CPI para cuidar de sí mismo. Se observa variabilidad en los datos. En su mayoría, se registran niveles altos de autoeficacia percibida. En el seguimiento, la autoeficacia para cuidar de sí mismo, se mantiene en alta en tres casos, a excepción de C3 que presenta una puntuación de 6.

**Figura 13**

*Registro del nivel de autoeficacia percibida por el CPI para cuidar de sí mismo*



Nota: S=Sesión, LB=Línea Base, C=Cuidadora. La sesión 9 corresponde al seguimiento.

En el nivel se registra una disminución en la fase experimental de la autoeficacia percibida por el autocuidado. La tendencia durante la intervención fue positiva en la mayoría de los casos. Hubo una baja variabilidad. En línea base los datos estuvieron estables en la mayoría de los casos, menos en C2 ( $p < .05$ ). En la fase experimental, no se presentó estabilidad en el C1 ( $p < .05$ ; ver tabla 22).

**Tabla 22.**

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el nivel de autoeficacia percibida por el CPI para cuidar de sí mismo*

Participante	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Coeficiente de variabilidad		Estabilidad	
	Fase									
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
C1	8.5	8.1	-0.3	0	1.8	2.0	21.2	25.6	0.1	-2.9
C2	8.3	6.1	-0.5	-0.1	0.9	1.0	11.3	17.1	2.1	-0.4
C3	7.5	7.8	-1.1	0.1	2.5	2.0	33.3	26.5	1.4	-0.9
C4	10	8.7	0	0.1	0	0.6	0	7.5	-0.4	0

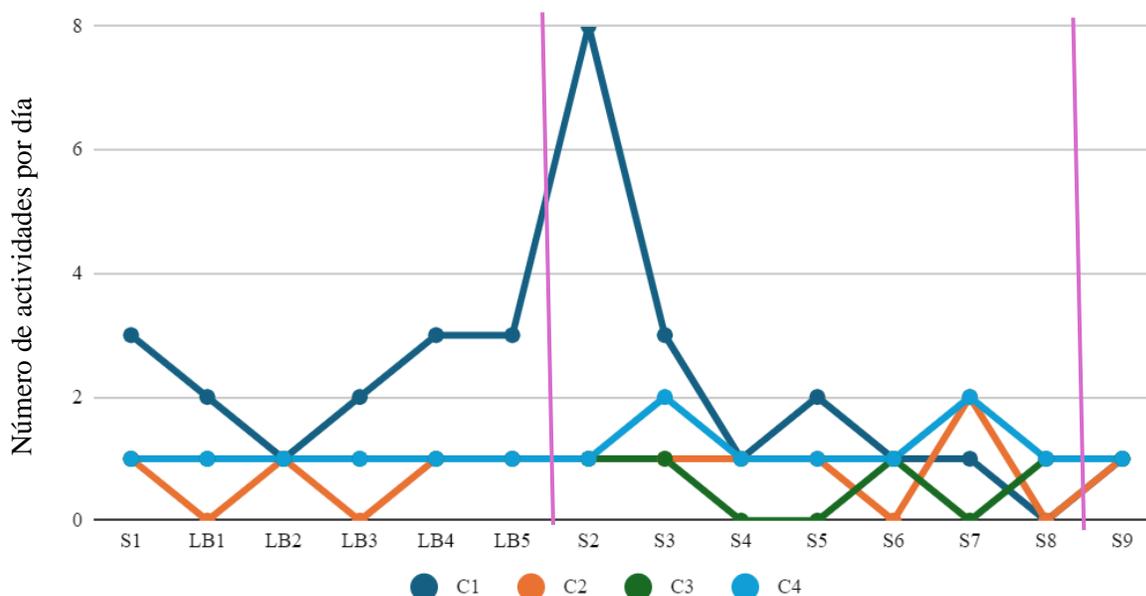
Nota: LB=Línea Base, FE=Fase Experimental, C= Cuidadora

#### **4.3.7 Actividades para cuidar del paciente**

En la figura 14 se observa el número de actividades que el cuidador realizó para cuidar del paciente. Se identifica que la frecuencia fluctúa entre cero y dos. No hay demasiada variabilidad, a excepción del C1. Para el seguimiento, en los cuatro casos, solo realizaban una actividad para cuidar al paciente.

**Figura 14**

Registro de las actividades que el cuidador realizó para cuidar del paciente



Nota: S=Sesión, LB=Línea Base, C=Cuidadora. La sesión 9 corresponde al seguimiento.

Los índices descriptivos reflejan que el nivel disminuyó en la fase experimental, como se esperaba, en dos casos C1 y C3. La tendencia en fase experimental fue negativa, indicando que las actividades para cuidar al paciente iban a la baja. En todos los casos, se muestra más variabilidad en la fase de intervención. Hubo estabilidad en línea base ( $p >.05$ ); en fase experimental, no hubo estabilidad en C1 y C2 ( $p <.05$ ; ver tabla 23).

**Tabla 23.**

Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el número de actividades que el cuidador realizó para cuidar del paciente

Participante	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Coeficiente de variabilidad		Estabilidad	
	Fase									
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
C1	2.3	2.1	0.1	-0.7	0.7	2.3	31.9	111.4	1.1	1.9
C2	0.6	0.8	0	0	0.4	0.5	70.7	68.5	-1.4	-4.6
C3	1.0	0.6	0	0	0	0.4	0	77.4	0	-0.2
C4	1.0	1.2	0	0	0	0.4	0	34.6	-1.0	0

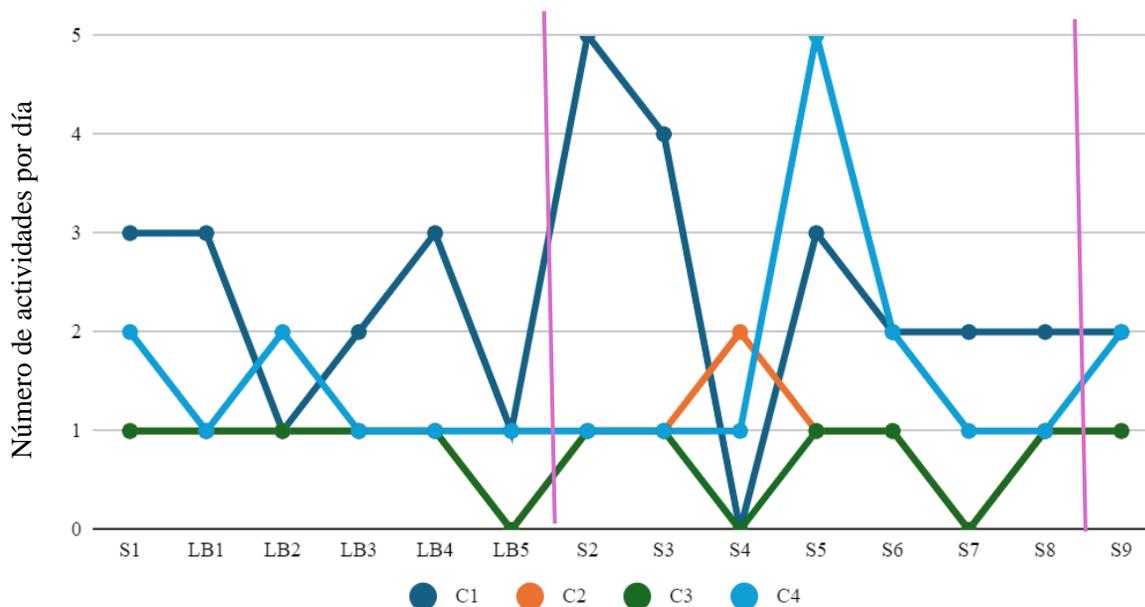
Nota: LB=Línea Base, FE=Fase Experimental, C= Cuidadora

### 4.3.8 Actividades para cuidar de sí mismo

En la figura 15 se observa el número de actividades que el cuidador realizó para cuidar de sí mismo, las cuales, a inspección visual, se muestra que hubo variabilidad en dos casos C1 y C4. Para el seguimiento, tres casos realizaban dos actividades para cuidar de sí mismos.

**Figura 15**

*Registro de las actividades que el cuidador realizó para cuidar de sí mismo*



Nota: S=Sesión, LB=Línea Base, C=Cuidadora. La sesión 9 corresponde al seguimiento.

En los índices descriptivos, se reconoce, en la mayoría de los casos, un aumento en el nivel en fase de intervención. En dos casos, se muestra una tendencia a disminuir, pues es negativa, en uno de ellos, la tendencia es nula. La variabilidad es reducida, solo en C4 se identifica mayor variabilidad en la fase experimental. En línea base, todos los casos se muestran estables ( $p > .05$ ) y en la fase experimental, solo C3 se muestra sin estabilidad ( $p < .05$ ; ver tabla 24).

**Tabla 24.**

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para el número de actividades que el cuidador realizó para cuidar de sí mismo.*

Participante	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Coeficiente de variabilidad		Estabilidad	
	Fase									
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
C1	2.1	2.5	-0.2	-0.3	0.8	1.4	41.4	56.5	-0.1	-0.5
C2	0.8	1.0	-0.1	0	0.3	0.5	44.7	50	1.1	-0.8
C3	0.8	0.7	-0.1	0	0.3	0.4	44.7	57.7	1.1	-2.1
C4	1.3	1.7	-0.1	0	0.4	1.2	35.3	74.2	-0.3	-0.3

Nota: LB=Línea Base, FE=Fase Experimental, C= Cuidadora

## 4.4 Resultados cualitativos de la intervención

### 4.4.1 Resultados durante la intervención

Para cumplir con los objetivos específicos cualitativos a) identificar los aprendizajes obtenidos, b) explicar los momentos en el que la CPI aplicaría la técnica y c) reconocer las dificultades que la CPI presentó al aplicar durante la técnica, durante las sesiones de las 2 a las 7 a las CPI se les hicieron las siguientes preguntas: ¿Qué fue lo que aprendió durante esta sesión? ¿En qué momento aplicaría esta técnica? ¿Cómo cree que esta técnica le pudiera servir en su papel como cuidador? ¿Pudo aplicar la técnica? ¿Tuvo dificultades para hacerlo? Por lo cual, las categorías por sesión son: 1. Aprendizaje, 2. Aplicación de la técnica, 3. Utilidad de la técnica 4. Dificultades en la aplicación de la técnica.

#### *Sesión 2. La importancia del cuidador primario*

El objetivo de esta sesión fue que los cuidadores identificaran la importancia de su papel en el bienestar del paciente, así como la necesidad de cuidar su propia salud y prevenir la sobrecarga. Al no ser una técnica que se ejecute como tal, no se aborda la aplicación de la técnica y las dificultades al aplicarla.

### *5. Aprendizaje*

Las cuidadoras manifestaron que aprendieron que también es sustancial autocuidarse, pues su labor es importante. Una de ellas, mencionó que no veía las ventajas de ser cuidadora, que se centraba más en las desventajas, pero que, a partir de la intervención, le fue más fácil identificar las ventajas, también reconocía que es importante tomar tiempo para ella.

“A veces no veo las ventajas, no puedo ver solo desventajas, tengo que ver ventajas porque si me enfoco solo en lo negativo que está pasando o lo que yo siento, eso me agobia más” (C1)

“Yo tengo que cuidar, pero que también tengo que cuidarme” (C3)

### *6. Utilidad de la técnica*

Las cuidadoras comentaron que les sería útil para identificar las ventajas de cuidar y no sólo las desventajas, porque esto lo llevarían a ver como una carga. Asimismo, les apoyaría a saber manejar situaciones en las que el paciente no colabora con su cuidado, a organizarse mejor y a identificar que hay otras fuentes de apoyo.

“Ayuda a ser un poco más tranquila, que vea que no estoy sola también hay alguien que nos está apoyando atrás” (C2)

“Me servirá para organizarme mejor” (C4)

## *Sesión 3. El cuidado del paciente*

El objetivo de la sesión 3 fue que el cuidador obtenga conocimientos sobre el cuidado del paciente y con ellos promover su autoeficacia.

### *1. Aprendizaje*

Las cuidadoras señalaron que el aprendizaje más significativo de la sesión se centró en el cuidado de la higiene, la alimentación y el sueño para prevenir que el paciente enferme.

“El cuidado que se debe tener en la higiene...quedó ya muy claro lo de la leucemia, la limpieza, el sueño, que todo es un conjunto para que ella esté mejor” (C1).

“Los cuidados del paciente de cómo es su enfermedad, cómo se debe tratar, qué tipo de alimentación debe tener, que la higiene y cómo debe de ser, del sueño, la higiene del sueño, hacer ejercicio... cómo cuidar al paciente y ayudarlo para que él tenga mejores cuidados.” (C4).

### *2. Aplicación de la técnica*

Mencionan que estas conductas deben ejecutarse diariamente.

“Cotidianamente” (C1)

“En todo momento, diario” (C4)

### *3. Utilidad de la técnica*

Las cuatro cuidadoras consideraron que el tener esta información les es de ayuda para ejercer su rol de cuidadora de mejor forma, beneficiando al paciente y al resto de la familia.

“Estarnos lavando las manos y cuidar la alimentación, usted me dice, lo del plato del buen comer nos sirve para todos, no solo para mi mamá, sino sirve para mi papá, para mis hijas, para mi sobrina, entonces son cosas que nos benefician a todos” (C1).

“Va a ayudar a que él no se enferme y a que yo no tenga que salir para que tenga que ir a comprar medicamentos, o porque, Dios no lo quiera, a él lo tengan que hospitalizar porque pues, sí sé que, para un paciente con problemas de cáncer es fatal tener infecciones, les afecta demasiado” (C3).

#### *4. Dificultades para aplicar la técnica*

Las cuidadoras mencionaron que no tuvieron grandes dificultades al ejecutar la técnica solo han tenido que insistir un poco para que el paciente acepte hacer algunos cambios.

“No, como que ya es algo diario, nada más a veces hay que insistir un poquito más” (C3)

“Del dormir como debe de ser, ya llevábamos tiempo en “apaga la TV”, “que no” “que bájale”, en esas cosas, y empezábamos como a tener un poquito de conflicto, pero ya que le comenté que es en serio entonces sí ya ahora sí ya dijo “No sí tienes razón, ya vamos a hacer eso”. A veces él piensa como que yo le impongo cosas, y ya que ve que no es verdad, bueno, deja él de sentirlo como una imposición” (C4).

#### *Sesión 4. Respiración y relajación*

El objetivo de esta sesión fue que el cuidador identifique y ejecute estrategias de afrontamiento al estrés adaptativas, como la respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.

##### *1. Aprendizaje*

En esta sesión aprendieron a relajarse, a sentir menos tensión y a experimentar la ejecución de la técnica como un momento para lidiar con los problemas.

“Ya estamos en la parte de relajarse, esa parte me gusta. Porque eso no quiere decir que deje de tener el problema, que deje de tener las situaciones, pero como que voy a tener un espacio en mí para aprender a lidiarlas, de “a ver, me siento agobiada déjenme inhalo y exhalo” (C1).

“Bueno, ahorita me sentí relajada, más abierta... se me quitó un peso encima, como dice, menos tensa, o sea, más tranquila” (C2).

“Los ejercicios pueden ayudar a disminuir la tensión del día y también que probablemente ayuden en cuanto a la salud porque el estrés provoca daños” (C3).

## *2. Aplicación de la técnica*

Las cuatro cuidadoras coincidieron en que pueden aplicar la técnica cuando se sientan muy estresadas.

“En un día muy, muy pesado, cuando se presentan problemas, igual y pudiera funcionar” (C3).

“Cuando me siento muy estresada para dormir” (C4).

## *3. Utilidad de la técnica*

Las cuidadoras identifican que esta técnica les podría ayudar cuando se sienten desesperadas, cuando van a entrar a alguna cita médica, cuando el paciente se queja de dolor o antes de una discusión.

“Cuando mi mamá quiere que yo haga todo lo que hacía ella y haga todo lo que hago sin quejarme, entonces usar la técnica de respiración va a hacer que no me ponga a discutir con ella y le diga “está bien, mamá” ... y, y, y no agobiarla a ella enojándonos y no agobiarme yo” (C1).

“Pues a tener paciencia, a tener mucha calma porque a veces sí me desespero” (C3).

## *4. Dificultades para aplicar la técnica*

Dos de las cuidadoras experimentaron mareos o sensación de falta de aire. Mientras una de ellas mencionó que hubo partes que se le olvidaron.

“Me empecé a marear un poco” (C1)

“Me faltó el aire” (C2)

“No todo lo hice como lo practicamos ese día porque si hubo algunas cosas que se me olvidaron, pero al menos lo de respirar sí” (C3).

## *Sesión 5. Solución de problemas*

El objetivo de la sesión 5 fue que el cuidador resuelva problemas de manera adaptativa.

### *1. Aprendizaje*

Las cuidadoras expresaron que aprendieron a buscar soluciones a los problemas, a identificar más de una opción y a no agobiarse demasiado.

“Pues la manera en que tengo que afrontar las cosas sin agobiarme y pensar posibles soluciones” (C1).

“Que uno identifique sus problemas, y que es bueno analizarlos, ¿no? Como dar prioridad a los problemas y ver las soluciones que les podemos dar” (C4).

### *2. Aplicación de la técnica*

Las cuidadoras mencionaron que podrían aplicar la técnica cuando tengan un problema.

“A partir del momento que identifico el problema empezar a buscar una solución o un plan de acción, como dice usted, primero sería describirlo, luego buscar las opciones, y de ahí, pues buscar como el plan de acción y después ya ejecutarlo cuando tenga problemas” (C4).

### *3. Utilidad de la técnica*

Las cuatro cuidadoras consideran que la técnica les sería de utilidad para solucionar problemas de una manera más firme y segura.

“A veces hay algún problema en el que se tiene que reaccionar rápido...puede ser de ayuda” (C1).

“A mí me serviría para mirar las cosas desde otro punto de vista, a lo mejor con más madurez, con más seguridad más firmeza” (C4)

#### *4. Dificultades al aplicar la técnica*

Las cuidadoras mencionaron eventos externos a ellas que han complicado la aplicación de la técnica, como una caída de la paciente o que la paciente no quiso comer lo mismo de la solución de la CPI.

“Hace unas noches tuvo una pesadilla y se cayó de la cama...no fueron muy buenos días para hablar con ella” (C1).

“Ella quiere hacerse de comer porque luego no le gusta lo que le preparo, a veces se lo come, a veces no, y dice que come muy poquito, o sea que pica nada más la comida o no le da tiempo. A veces llega a la casa, y llega con todos los tupperes llenos, porque no le dio tiempo. le dije a ella que hiciera el pedido en el restaurante y yo lo iba a recoger, entonces sí, así le hicimos, pero mi hijita dice [No, siempre lo mismo así que no, que hay que cambiarle]” (C2).

#### *Sesión 6. Asertividad. Una forma de pedir ayuda*

El objetivo de esta sesión fue que el cuidador aplique estrategias de comunicación asertiva para solicitar apoyo social.

##### *1. Aprendizaje*

Las cuidadoras identificaron que cuentan con redes de apoyo a las cuales pueden solicitarles ayuda, pues es una forma sana de afrontar el cuidado de sus pacientes.

“La manera en la que tengo que pedir. Dice el proverbio que “en el pedir está el dar”, entonces a veces no pido por la ansiedad que siento en ese momento y por eso la respuesta que obtengo no es la correcta. De eso se trata la asertividad, si me siento ansiosa respiro, me relajo, me controlo y pido” (C1).

“Pedir ayuda es sano que no es exigir, sino simplemente hacer una petición. Pedir ayuda no es malo. Uno piensa que a veces somos imprudentes, pero no, sí puede uno hacerlo, lo importante es saber pedirla” (C4).

## *2. Aplicación de la técnica*

Las cuidadoras señalaron que pueden aplicar la técnica cuando se siente agobiadas y necesitan pedir apoyo de otras personas.

“Ay... cuando me siento agobiada, doctora. Cuando me sienta agobiada, cuando sienta que necesito ayuda... no debo dudar en pedirla. Y si creo que lo que me pidieron no lo puedo hacer” (C1).

“Creo que cuando mi esposo no quiere llevar a cabo la sugerencia que uno le hace sobre su cuidado, sobre su salud” (C3).

## *3. Utilidad de la técnica*

Las cuidadoras identificaron que la técnica les puede favorecer para estar tranquilas y solicitar ayuda en el cuidado del paciente.

“Con mi gente, con mi familia, si la puedo aplicar, y puedo pedirle ayuda” (C2).

“Ay, pues yo creo que me va a ayudar como a tener más calma, a no ser tan aprehensiva, porque sí, a veces, ya me siento desesperada” (C3).

## *4. Dificultades al aplicar la técnica*

Solo dos cuidadoras manifestaron tener dificultades con la aplicación de la técnica.

“Aunque ya hablé con mi marido, de repente me hace los mismo [fumar cuando ella está]” (C2)

“No tuve tiempo de aplicar la técnica” (C3)

## *Sesión 7. El autocuidado*

El objetivo de la sesión 7 fue que el cuidador ejecute conductas de autocuidado con el fin de mantener o mejorar su salud.

### *1. Aprendizaje*

Las cuidadoras identifican que el autocuidado es importante para sí mismas y para las personas que las rodean. La técnica les permitió organizarse mejor.

“A organizarme porque fijese que ya viendo aquí el horario así como usted lo apuntó. Diría alguien pues tienes tiempo de hacer otras cosas [rie] pero tengo tiempo para descansar un poquito más, no agobiarme tanto” (C1).

“Primero a saber o estar consciente de que es muy importante el autocuidado para estar bien, tengo que empezar por mí para que en consecuencia los demás o por lo menos, la persona con la que estoy esté bien igual” (C4).

### *2. Aplicación de la técnica*

Las cuidadoras mencionan que esta técnica debería aplicarse diariamente.

“Todos los días” (C1)

“Tiene que estar uno pendiente en todo momento, todos los días” (C4)

### *3. Utilidad de la técnica*

Las cuidadoras consideran la técnica útil, ya que, si ellas no se cuidan, no podrán cuidar a alguien más.

“Pues es que sería genial uno estar todo el tiempo relajado y cuando uno está bien es más fácil aportar a los demás. Era lo que les decía a mis hijas, si yo estoy bien, ustedes están bien. No solo es para ellas, sino en general, para las personas con las que vivo” (C1).

“Es como quererme a mí misma. Si yo no me quiero, si no me cuido, no voy a poder cuidar a mi enfermo, no voy a poder darle momentos o tiempo de calidad” (C4)

#### **4.4.1 Resultados de la post-evaluación**

Este apartado da cuenta de los resultados del último objetivo cualitativo identificar las opiniones del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos sobre la intervención cognitivo-conductual telepsicológica.

Para los resultados obtenidos del cuestionario de post-evaluación se utilizaron dos categorías: 1. Aspectos técnicos de la intervención integrada por las subcategorías: a) materiales, b) técnicas, c) duración de la intervención e) psicóloga, f) aspectos positivos de la telepsicología, g) aspectos negativos de la telepsicología. 2. Satisfacción con la intervención conformada por: a) percepción general, b) comodidad, c) utilidad y d) sugerencias.

### *1. Aspectos técnicos de la intervención*

Esta categoría hace referencia a la opinión de la CPI sobre los materiales, las técnicas, los tiempos, las sesiones, la dirección de la psicóloga y la telepsicología.

#### *a) Materiales*

Las cuatro CPI coincidieron en que fueron útiles y pertinentes.

“Son buenos, explícitos y dan pauta para resolver ese tipo de problemas” (C3)

“Estuvieron muy prácticos y entendibles para su aplicación” (C2)

#### *b) Técnicas*

Las CPI valoraron las técnicas como adecuadas y suficientes.

“Me gustaron y se acoplaron a las situaciones que vivo” (C1)

“En general, no es tanto...como algo teórico, pero pues sí ayuda el ponerlo en práctica. A lo mejor no al pie de la letra, pero sí como que... siguiendo los pasos que indican... no es así como muy necesario mejorarlas porque, como que uno las puede adecuar a lo que uno necesita” (C3).

“Ayudan a aminorar la carga emocional” (C4)

#### *c) Duración de la intervención*

Las cuatro CPI opinaron que el tiempo de cada sesión fue el necesario para obtener aprendizajes. Lo mismo sobre el número de sesiones.

“A lo mejor habrá para quienes le resulte poco tiempo y necesiten un poquito más, pero para mí estuvieron bien... A mí me sirvió o me funcionó así, no esperaba yo más, creo que es justo lo indicado” (C3).

*d) Psicóloga*

Las CPI afirmaron que la forma en la que la psicóloga llevó las sesiones, las hizo sentir en confianza, comprendidas, seguras y la forma de comunicarse fue adecuada.

“Me gustó la forma de llevarlo y me dio confianza y seguridad porque soy un poco cerrada” (C2).

“Muy amable y comprensiva. Excelente” (C4).

*e) Aspectos positivos de la telepsicología*

En lo que dos de las CPI concuerdan es que un aspecto positivo de la intervención a distancia es que no tuvieron que salir de casa, ni desaprovechar tiempo en transportarse. Además de que les fue más fácil darse tiempo para aprender y sintieron que podían hablar más abiertamente.

“El que no tenga que salir de mi casa y mi tiempo no lo desaprovecho en transporte” (C1).

“Nos da confianza para hablar abiertamente” (C2).

“Luego no tenemos tiempo y aquí nos damos el tiempo” (C3).

“No sales de casa, atiende tus ocupaciones” (C4).

*f) Aspectos negativos de la telepsicología*

Tres cuidadoras identifican aspectos negativos, a excepción de la C4.

“Hubo algunas interrupciones que hicieron que se cancelara la cita o se pospusiera” (C1)

“A veces las nuevas tecnologías nos inhiben y nos cuesta trabajo para poder entrar a través de videollamada, poco a poco vamos agarrando confianza” (C2)

“A veces la tecnología cuando hay fallas, pues no permite apreciar en su totalidad, porque, por ejemplo, como ahorita que se fue la luz, se pierde la hilatura de lo que estábamos hablando” (C3).

## *2. Satisfacción con la intervención*

En esta categoría se abordan las opiniones generales de la CPI sobre la intervención, lo cómodas que se sintieron, si funcionó y sugerencias para mejorar la intervención.

### *a) Percepción general*

Las CPI mencionan que les ayudó a saber cómo cuidar a su paciente y a sí mismas.

“Me gustó y aprendí a delegar, respirar y tomar las decisiones correctas” (C1).

“Muy positiva para poder ayudar a mi paciente” (C2)

“Ayudó en mucho porque en este tiempo que llevamos pasando por esa situación de la enfermedad de R, pues nadie se ocupó en enseñarnos o decirnos de qué manera resolver... muchos desconocemos qué podemos hacer para ayudar y para ayudarnos, aquí, pues ya vimos los problemas que se pueden presentar, y soluciones para salir de esas situaciones” (C3).

“Ayuda a organizar las actividades y a cuidarse adecuadamente” (C4).

### *b) Comodidad*

Todas las cuidadoras indicaron sentirse cómodas durante la intervención.

“Al principio nerviosa, hoy con más confianza para externar lo que siento” (C2).

“Relajada, tranquila, aprendiendo” (C3).

“Segura, porque las atenciones fueron excelentes” (C4).

### *c) Utilidad*

Las cuatro cuidadoras consideran que la intervención les fue de utilidad

“Me pude relajar y darme tiempo para mí” (C1).

“Hay cosas que ignoraba y hoy siento que no estoy sola y nunca lo estuve” (C2).

“Me ayudó a mantener la calma, para saber que, a pesar del problema podemos salir adelante” (C3).

“Me dio confianza y ánimo para seguir adelante” (C4).

### *d) Sugerencias*

Dos cuidadoras recomiendan que el paciente también reciba intervención. Además de implementar intervenciones grupales con otros cuidadores.

“Me gustaría tener una reunión con más cuidadores y la psicóloga para platicar nuestras experiencias... Siento que si nos reunimos más cuidadores nos podríamos apoyar o dar tips para nuestros pacientes” (C2).

“Podría ser una intervención con el paciente, como más centrado en lo que tiene que hacer, para que aprenda él... para que ellos estén conscientes al escuchar lo que tienen que hacer para llevar una mejor calidad de vida” (C3).

“Que el paciente también reciba un poco de orientación” (C4).

Las CPI identifican que la intervención fue adecuada y que les fue de utilidad. Las sugerencias son muy valiosas, ya que nos da pauta para nuevas líneas de investigación.

## **4.4.2 Resultados del seguimiento**

Este apartado también evidencia los resultados del último objetivo cualitativo identificar las opiniones del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos sobre la intervención cognitivo-conductual telepsicológica.

Para el análisis de los resultados del seguimiento se utilizó una categoría 1. Persistencia del efecto de la intervención y las subcategorías fueron: a) uso actual de las técnicas, b) dificultades, c) afrontamiento, d) intervención y cuidado, e) necesidades por cubrir.

### *7. Persistencia del efecto de la intervención*

Esta categoría se refiere a los cambios de comportamiento que han tenido las cuidadoras a partir de la intervención y que se han mantenido en el tiempo (seguimiento al mes de terminada la intervención).

#### *a) Uso actual de las técnicas*

Las cuatro cuidadoras mencionan que han continuado usando algunas técnicas vistas en la intervención. Las principales son: comunicación asertiva (C1, C2, C3, C4), solución de problemas (C2, C3), relajación (C1, C2, C3, C4) y autocuidado (C1, C3).

“El dialogar, el respirar para no explotar, y tomar buenas decisiones ha sido fundamental” (C1)

“Ya me dice lo que ella se preparó de comer. Ya nos organizamos” (C2)

“Sí, le digo que me acuesto en mí sillón, me estiro, respiro hondo, estiro una pierna, estiro la otra. Me doy masajes en los pies, uno y luego en otro y sí, me siento bien... No, eso del horario igual, organizarme, saber qué voy a hacer, planear bien las cosas igual es muy importante porque precisamente igual uno se enreda y quiere hacer muchas cosas, y a la vez no hace uno nada, y se estresó uno, y es mejor un horario de “a ver, sí, ya hice esto, ahora voy a hacer esto”, o de que “voy a caminar, y regresando, voy a hacer esto”, y eso me ha ayudado igual mucho” (C3)

“La relajación, la de la respiración, eso ayuda muchísimo” (C4).

#### *b) Dificultades*

La cuatro CPI mencionan no haber presentado dificultades al aplicar las técnicas.

“No, doctora, no, no, no, gracias a Dios, todo ha estado marchando súper bien” (C1)

“No, ninguna, ya estoy como que agarrando práctica” (C3).

#### *c) Afrontamiento*

Las cuidadoras señalan estar utilizando la comunicación asertiva y solución de problemas como principales estrategias para afrontar las problemáticas que se les presentan.

“No gritaba, pero todo eso me lo quedaba yo para no pelear, y no arreglaba nada, y ahora ya no... ahora ya no porque [inhala profundamente, luego exhala] me hecho mi respirada, y le digo, “Mira, para mí las cosas están... yo las estoy sintiendo así, yo las estoy viendo de este modo”, entonces me dice: “Ah, es que yo las veo de este otro modo”, “Ah, bueno, entonces son totalmente diferentes de como las ves tú a como las veo yo, vamos a tratar de verlas igual para que avancemos”, entonces, lo que usted me enseñó me ha servido, doctora, para dialogar mejor... para dialogar mejor y no sentirme asfixiada, porque, ¿se acuerda que yo le decía eso “ay es que a veces siento que ya no puedo con todo” (C1).

“Al principio cuando empezaba a estar mal, yo le daba masaje todas las noches en la mano, y ayer precisamente le dije “oye, ¿y si retomamos otra vez los masajes todas las noches en la mano”, y me dijo “ah, pues si, mira, vamos a ver si me puede ayudar”, porque ya de repente habíamos dejado de hacer eso, y es retomarlo otra vez, el darle el masaje de los dedos en toda la mano porque la tiene muy fría, muy fría, no tiene circulación, por eso le duele” (C4).

#### *d) Intervención y cuidado*

Las participantes consideran que la intervención les fue de utilidad para delegar actividades, saber cómo cuidar a su paciente, mejorar la comunicación con el paciente y pedir ayuda.

“La intervención sí me ayudó, porque esto ya me estaba sobrepasando, porque yo quería hacer todo y definitivamente no era suficiente, y había ayuda, pero el no saber

pedirla, eh... eso dificultaba, y con usted aprendí. De verdad que le doy gracias a Dios, porque se acercó la doctora conmigo, yo lo necesitaba, a mí me hacía falta” (C1).

“Me hizo ver que no estoy sola, o sea, que alguien está pendiente tanto de mi hija como de mí. De ver como estoy actuando, ¿qué estoy haciendo?, ¿en qué la estoy regando?, hay cosas que hacía porque yo soy su cuidadora, pero creo que hay ciertos límites. Me hizo dar cuenta de que hay cosas que pasaba yo por alto” (C2).

“Pues sí, porque ya aprendí a tenerle más paciencia a R, a no seguir su juego de que, si él comienza a discutir, yo discuta, mejor como yo le digo: Todo lo que se hace es por tu bien y, quiero que así lo entiendas. Que si yo te digo: Esto no es así porque te va a perjudicar, entonces si tú me haces caso a mí, vas a estar bien tú, y voy a estar bien, yo” (C3).

“Pues a pedir ayuda, que es sano pedir que me apoyen, ¿no?, de necesito que me ayuden con esto, con otro, yo no puedo con todo, eso me ayudó mucho. El hecho de que sí puedo ser escuchada que no profundice uno en la depresión, en que me siento mal, que nadie me toma en cuenta, sino que hay que buscar actividades y cosas que hacer para salir de esas situaciones” (C4).

#### *e) Necesidades por cubrir*

Las CPI identifican que necesitan saber cómo actuar ante ciertas situaciones como si se desmaya, si presenta dolor por la enfermedad o los procedimientos médico-invasivos.

“A veces cuando le hacen algunos estudios, ella sale muy lastimada, y no sé cómo ayudarla, lo único que le digo es: No camines, no... este... vente vámonos en un taxi, rápido, y descansa, vete reposando. Le han hecho aspirados que son muy dolorosos y sale llorando y me dice “déjame descansar, espérate”, ahí se es cuando me siento impotente” (C2).

“Pues yo creo que lo que me hace falta es adelantarme un poquito a lo que va a venir. Como que estar preparada para una situación, que yo sepa que no me congele al ver que, por ejemplo, que él ya se desmayó, o que hoy no se pudo levantar, saber qué hacer en esas situaciones, ver de qué manera yo lo puedo ayudar en esta nueva etapa” (C3).

Las CPI continúan usando las técnicas, han identificado que la intervención les fue útil para mejorar el cuidado de su paciente y no han presentado dificultades en su ejecución. Identifican, a partir de recientes experiencias (posible recaída de la enfermedad y procedimientos invasivos repetitivos como preparación para trasplante de médula ósea) que no saben cómo actuar ante ciertas situaciones. Por lo que se brindó psicoeducación y se buscaron algunas estrategias de solución, para tener un plan si dichos momentos se presentan.

## 5. Discusión y Conclusiones

Las CPI que participaron en esta investigación fueron mujeres en la edad adulta media y tardía; madres, hijas y esposas, tal y como se menciona en diferentes estudios (Benedetto et al., 2022; Bekui et al., 2022; Chaghazardi et al., 2022; Escalante et al., 2022; INEGI, 2023).

En primera instancia, se cumplió con el objetivo de la fase de validación de la intervención, pues hubo un acuerdo entre los jueces. Asimismo, se hicieron correcciones en lo que se refiere a las recomendaciones planteadas a los materiales y objetivos por sesión.

Por otra parte, se alcanzaron los objetivos cuantitativos de la investigación, debido a que se evaluó el cambio clínico de la intervención cognitivo-conductual en la sobrecarga, apoyo social, estilos de afrontamiento y autoeficacia en las cuidadoras primarias. Se obtuvieron algunos cambios objetivos en algunos de los casos en todas las variables. Empero, no se obtuvieron resultados concluyentes, al menos no en el diseño de caso único, ya que, se observa variabilidad en todos los registros de conducta, sin un patrón común de respuesta, ni intrasujeto ni intersujeto. Esto podría explicarse porque los autorregistros no fueron suficientes para evaluar las conductas relacionadas con la sobrecarga, la autoeficacia, el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento. Considerando los cambios clínicos obtenidos en todas las variables, la hipótesis que se acepta es la alterna, sin embargo, al no haberse observado en todos los casos, los resultados podrían ser cuestionables.

Igualmente, se ha cumplido con los objetivos cualitativos de describir las vivencias del cuidador primario informal de pacientes oncohematológicos relacionadas con la sobrecarga, la autoeficacia, el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento en sus prácticas de cuidado, así como, las experiencias que tuvieron durante y después de la intervención.

Se pudo identificar que ninguna de las cuidadoras experimentaba una sobrecarga elevada en la prueba estandarizada; sin embargo, en la entrevista cualitativa tres de las cuatro cuidadoras manifiestan en su discurso vivir sobrecarga. Esto también se hace visible con los cambios clínicos objetivos en esta variable, pues sólo se identificaron significativos en el pre-post test en el caso de la C4 aumentando en la post-evaluación. Estos hallazgos se contradicen con los mostrados en otros estudios (Gjerset et al., 2023; Jansen et al., 2021; Reina et al., 201; Schandl et al., 2023; Van Hof et al., 2022; Yildiz et al., 2016) donde la evaluación

cuantitativa de la sobrecarga se ha registrado en niveles moderados-altos en cuidadores de pacientes con diversos tipos de cáncer y con estudios mixtos como el de Zhang et al. (2023) en el cual, tanto en la fase cuantitativa y cualitativa, se detectaron niveles considerables de sobrecarga. Esto puede deberse a que las cuidadoras de este estudio no perciben la tensión como algo negativo, sino como parte de su rol y naturaleza, pues ellas cuidan porque aman a sus esposos, madre e hija (quien además la cuidadora ve como un milagro) y porque los pacientes en algún momento han cuidado de ellas. En México, de acuerdo con Tirado y Roque (2018) y Villa (2019) este rol se asume por cuestiones culturales y de género, donde el cuidado es visto como algo natural y fácil para las mujeres.

Con respecto a la variable apoyo social, en tres de las cuatro cuidadoras se observa un apoyo social percibido adecuado, tanto de manera cuantitativa y cualitativa. En la C4, que puntuó bajo en la pre-evaluación, aumentó su percepción de apoyo social en la post-evaluación. Lo mismo sucedió con la C1. Los resultados sobre apoyo social concuerdan con los de Velez et al. (2022), donde los CPI de personas con cáncer en Ecuador, también perciben un satisfactorio apoyo social. Esto es un factor protector para las CPI, pues entre más apoyo social perciban tendrán una mejor calidad de vida (García-Carmona et al., 2021). Se ha visto que intervenciones psicológicas que integran habilidades de comunicación interpersonal, así como la presente, tienen buenos efectos en el apoyo social de los CPI (Badger et al., 2011).

Todas las cuidadoras presentaron niveles altos de autoeficacia en la prueba. Sin embargo, al preguntarles qué consideraban que les hace falta para cuidar mejor a su paciente, dos de las cuatro manifestaron que les hace falta más energía y paciencia. Es importante considerar, que al no contar con escalas válidas y confiables en México para evaluar la autoeficacia en cuidadores y al tener que usar una escala de autoeficacia general, no se está evaluando la variable específica, lo cual, pudo haber afectado estos resultados. Se obtuvieron cambios clínicos significativos en el caso de la C1 y la C3. A nivel cualitativo, estas cuidadoras son las que expresaron sentirse menos autoeficaces. La autoeficacia es importante para mantener la salud y calidad de vida de los CPI, ya que permite que se den cuenta de su potencial y puedan elevarlo a través del aprendizaje. Las personas autoeficaces son más

capaces de superar las dificultades y malestar psicológico, manejar fácilmente sus emociones y sus recursos sociales para brindar la mejor atención a sus pacientes (Jun et al., 2021, Wang et al., 2024). En el estudio de Wang et al. (2024) se identificó que los CPI obtuvieron puntuaciones moderadas de autoeficacia general, diferente a lo que se encontró en este estudio. En cuanto a las intervenciones que han tenido buenos efectos en la autoeficacia de los CPI son las que tuvieron componentes como solución de problemas, capacitación experiencial, comunicación y psicoeducación con simulación (Thomas et al., 2021), elementos muy parecidos a los utilizados en la intervención.

Para la variable de estilos de afrontamiento se detectó que ninguna CPI usa la negación de la enfermedad y la culpa. En tres de los casos, utilizan el apoyo instrumental y el apoyo emocional, así como la religión, la aceptación y la planificación. En los resultados cualitativos, se observa que afrontaron los problemas con un estilo centrado en el problema. De acuerdo con un estudio en México, los CPI se apoyan más la religión, la focalización en la solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social para afrontar sus problemas (Escamilla et al., 2020), algo muy parecido a lo que sucedió en este estudio. Además, se ha observado que las mujeres usan el apoyo emocional, instrumental y la religión, en comparación con los cuidadores hombres que usan el consumo de sustancias y la aceptación como afrontamiento (Chivukula et al., 2018).

Durante las sesiones, las cuidadoras identificaron aprendizajes sobre el autocuidado, existencia de apoyo social, relajación, solución de problemas, la importancia de saber pedir ayuda. En general, las cuidadoras piensan que las técnicas les son de utilidad para ejercer su rol de cuidado.

Entre las dificultades presentadas en la realización de este estudio, se identificaron la renuencia de los pacientes a hacer algunos cambios en su estilo de vida, la presencia de mareos y la falta de aire al hacer técnicas de respiración, así como el tiempo para hacer algunos ejercicios.

En relación con la post-evaluación cualitativa. Las cuidadoras consideran que los materiales, las técnicas, la duración de la intervención y la forma en la que la psicóloga llevó las sesiones fueron adecuadas y pertinentes.

Las CPI señalaron como aspectos positivos de la telepsicología: el no tener que salir de casa, el sentirse más en confianza, evitar el tiempo de transporte y de no descuidar otra de sus ocupaciones. Como áreas de oportunidad, encontraron las interrupciones, a que el acercamiento con las nuevas tecnologías les es difícil y que se tenga que depender de electricidad y otros factores. Estas ventajas y desventajas ya habían sido planteadas por la APA (2013) y por De La Torre y Pardo (s.f.).

Las CPI consideran que la intervención les fue de utilidad para saber cómo cuidar del paciente y de sí mismas, considerándolo una necesidad, así como para saber cómo delegar actividades y para mantener la calma. Del mismo modo, manifestaron sentirse cómodas durante la intervención. Además, las CPI recomendaron que el paciente también reciba la intervención y que se hagan intervenciones grupales para compartir experiencias entre cuidadores.

De acuerdo con los resultados del seguimiento, las técnicas que las cuidadoras continúan usando a un mes de terminada la intervención son la comunicación asertiva, solución de problemas, relajación y autocuidado, herramientas que también utilizaron como estrategias de afrontamiento a los problemas.

Las necesidades que las CPI consideraron que quedaron por cubrir con la intervención fue que se les capacitara para saber cómo apoyar al paciente si se desmaya o cuando se tiene que enfrentar a los procedimientos médico-invasivos dolorosos. Por cuestiones éticas, se les brindó orientación en el seguimiento.

## **Recomendaciones**

Se sugiere realizar investigaciones en los que se integre al paciente, ya que se podría tener un mejor efecto en la sobrecarga de las cuidadoras, además de evaluar si los resultados

fuesen más favorecedores al realizar intervenciones grupales, pues con ello, las redes de apoyo aumentarían. Por otro lado, integrar a cuidadores varones, podría enriquecer los resultados o brindar nuevas perspectivas. También se recomienda agregar una sesión sobre qué pueden hacer las cuidadoras ante emergencias o cuando los pacientes se someten a procedimientos médico-invasivos dolorosos, incluso, contemplando a otros profesionales de la salud que pudieran enriquecer la intervención con trabajo multidisciplinario.

A nivel metodológico se considera necesario continuar realizando réplicas de esta intervención para obtener resultados más sólidos, pues el tamaño de la muestra es una de las principales limitantes de este estudio. Por otro lado, se propone diseñar autorregistros más precisos, que sean capaces de medir las variables con mayor exactitud. También podrían introducirse marcadores fisiológicos como nivel de cortisol, presión sanguínea, calidad del sueño y variabilidad del ritmo cardiaco como en los estudios de Hasuo et al. (2020) y Pinar y Afsar (2016) para tener mediciones más objetivas de la sobrecarga, esto permitiría incluir técnicas como el biofeedback. Asimismo, se sugiere diseñar intervenciones ajustadas al tipo y estadio de la enfermedad, ya que las necesidades de cuidado cambian dependiendo de ello.

Finalmente, es indispensable que se impulse el desarrollo de políticas públicas que apoyen a las cuidadoras primarias para ejercer su rol pero sin que queden desprotegidas económica y socialmente, así como en el cuidado de su salud; como por ejemplo, políticas que les permitan trabajar desde sus casas, que se les brinde atención médica y psicológica, que se les proporcione capacitación para saber cómo cuidar a sus seres queridos, así como centros de día que les permita tomarse un respiro y realizar otras actividades.

## Referencias

- \*Abedi, Z., Alavi, M., Ghazavi, Z., Visentin, D., & Cleary, M. (2020). Improving Coping Styles in Family Caregivers of Psychiatric Inpatients Using Planned Behavior Problem-Solving Training. *The Journal of Nursing Research*, 28 (1). 1-7.
- Adamuz, A.M., Juárez, M.V., & Sánchez, A. (2018). Intervenciones no farmacológicas en el cuidador informal del paciente oncológico por el personal sanitario. *Medicina de Familia. Andalucía*, 19 (2), 175-179.
- \*Akbari, M., Taheri, M., Tabaeian, S. P., Karimi, M., Fayazi, H., & Fayazi, N. (2021). The Effect of E-Learning on Self-Efficacy and Sense of Coherence of Cancer Caregivers: Application of the Bandura and Antonovsky Social Cognitive Theory. *Current Health Sciences Journal*, 47(4), 539–546. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.47.04.09>
- Amador, C., Puello, E.C., & Valencia, N.N. (2020). Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en Montería, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46 (1), 1-17.
- Amador-Marín, B., & Guerra-Martín, M.D. (2017). Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Gaceta Sanitaria*, 31 (2), 154-160
- American Cancer Society. (2022a). *Estadísticas importantes sobre la leucemia mieloide aguda*. <https://cancer.org/es/cancer/leucemia-mieloide-aguda/acerca/estadisticas-clave.html>

American Cancer Society. (2022b). *Estadísticas importantes sobre el linfoma de Hodgkin.*

<https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-hodgkin/acerca/estadisticas-clave.html#:~:text=Se%20diagnosticar%C3%A1n%20aproximadamente%208%2C540%20nuevos,a%20causa%20de%20este%20c%C3%A1ncer>

American Cancer Society. (2022c). *Estadísticas importantes sobre el linfoma no Hodgkin.*

[https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-no-hodgkin/acerca/estadisticas-clave.html#:~:text=Aproximadamente%2080%2C470%20personas%20\(44%2C120%20hombres,morir%C3%A1n%20debido%20a%20este%20c%C3%A1ncer](https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-no-hodgkin/acerca/estadisticas-clave.html#:~:text=Aproximadamente%2080%2C470%20personas%20(44%2C120%20hombres,morir%C3%A1n%20debido%20a%20este%20c%C3%A1ncer)

American Cancer Society. (2022d). *Estadísticas importantes sobre el mieloma múltiple.*

<https://www.cancer.org/es/cancer/mieloma-multiple/acerca/estadisticas-clave.html#:~:text=Aproximadamente%2034%2C470%20nuevos%20casos%20de,a%20causa%20de%20esta%20enfermedad>

American Cancer Society (s.f.). *¿Qué es el mieloma múltiple?*

<https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/mieloma-multiple/acerca/que-es-mieloma-multiple.html>

American Cancer Society (s.f.). *¿Qué es la leucemia linfocítica crónica?*

<https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-cronica/acerca/que-es-leucemia-linfocitica-cronica.html>

American Psychological Association (2013). *Guía para la práctica de la telepsicología.*

<https://drive.google.com/drive/folders/1y9sQeTyqVtfHKypRDZWmv7D2t1kdEgsk>

American Society of Clinical Oncology. (2022a). *Leucemia linfocítica aguda -ALL- en adultos:*

*Estadísticas.* [https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/leucemia-linfocitica-aguda-all-en-adultos/estadisticas#:~:text=Alrededor%20de%204%20de%20cada,de%2080%25\)%20ser%20en%20adultos](https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/leucemia-linfocitica-aguda-all-en-adultos/estadisticas#:~:text=Alrededor%20de%204%20de%20cada,de%2080%25)%20ser%20en%20adultos)

American Society of Clinical Oncology. (2022b). *Leucemia - mieloide crónica -CML-en adultos:*

*Estadísticas.* <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/leucemia-mieloide-cronica-cml-en-adultos/estadisticas>

American Society of Clinical Oncology. (2022c). *Leucemia - linfocítica crónica -CLL- en adultos:*

*Estadísticas.* <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/leucemia-linfocitica-cronica-cll-en-adultos/estadisticas#:~:text=La%20CLL%20es%20el%20tipo,CLL%20en%20los%20Estados%20Unidos>

Arguero, A. Cervantes, B. S., Martínez, De Santos, F., Aguirre, D. P., & Espinosa, I. (2021).

Telepsicología en la pandemia Covid19: Una revisión sistemática. *UARICHA*, 18, 1-10, <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/110749>

Arteaga, A., Cogollo, R., & Muñoz, D. (2017). Apoyo social y control metabólico en la diabetes

mellitus tipo 2. *Revista CUIDARTE*, 8 (2), 1668-1676. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.405>

Asamblea Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki.* [http://conbioetica-](http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf)

[mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion\\_Helsinki\\_Brasil.pdf](http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf)

- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J.R., Abanades, J.C., García, N., & Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (6), 683-699. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000600005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600005)
- Badger, T. A., Segrin, C., Figueredo, A. J., Harrington, J., Sheppard, K., Passalacqua, S., Pasvogel, A., & Bishop, M. (2011). Psychosocial interventions to improve quality of life in prostate cancer survivors and their intimate or family partners. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 20(6), 833–844. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9822-2>
- Bandura, A. (1994). Regulative function of perceived self-efficacy. In M. G. Rumsey, C. B. Walker, & J. H. Harris (Eds.), *Personnel selection and classification* (pp. 261–271). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Barbier, M., Moreno, S., & Sanz, S. (2011). *Guía de autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia*. España: BFA
- Beattie, S., & Lebel, S. (2011). The experience of caregivers of hematological cancer patients undergoing a hematopoietic stem cell transplant. A comprehensive literature review. *Psycho-oncology*, 20, 1137-1150. <https://doi.org/10.1002/pon.1962>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

- Bekui, B. A. A., Ohene, L. A., Badzi, C. D., Ampomah, M. O., & Aziato, L. (2022). Physical and socioeconomic burden of caregiving on family caregivers of children with cancer at a tertiary Hospital in Ghana. *Nursing Open*, *10*(2), 915-925. <https://doi.org/10.1002/nop2.1359>
- Benedetto, L., Marino, I., Ronco, F., Iaria, G., Foletti, L., & Ingrassia, M. (2022). Exploring Psychological Needs and Burden of Care in Parents of 62 Children with Hemato-Oncological Diseases. *Hemato*, *3* (3), 475-484. <https://doi.org/10.3390/hemato3030033>
- Bevans, M., & Sternberg, E.M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, *307* (4), 398-403. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.29>
- \*Biliunaite, I., Kazlauskas, E., Sanderman, R., Truskauskaite-Kuneviciene, I., Dumarkaite, A., & Andersson, G. (2021). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Informal Caregivers: Randomized Controlled Pilot Trial. *Journal of Medical Internet Research*, *23* (4), 1-15. <https://www.jmir.org/2021/4/e21466/PDF>
- \*Boostaneh, M., Zirak, M., & Fallah, R. (2021). Burden of care and its relationship with sleep quality of cancer patients' caregivers. *Research Square*, 1-15. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-839655/v1>
- \*Borji, M., Nourmohammadi, H., Otaghi, M., Hosein, A., & Tarjoman, A. (2017). Positive effects of cognitive behavioral therapy on depression, anxiety and stress of family caregivers of patients with prostate cancer: a randomized clinical trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *18* (12), 3207-3212. [http://journal.waocp.org/article\\_53160\\_5059e89d79f0a5e054507428c01eb8dd.pdf](http://journal.waocp.org/article_53160_5059e89d79f0a5e054507428c01eb8dd.pdf)

- Cabas-Hoyos, K. (2020). Eficacia de la Telepsicología en intervenciones del área clínica y de la salud: Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 13 (3), 93-101. <https://reviberopsicologia.iberro.edu.co/article/view/189192>
- Camacho, L., Arvizu, G., & Jiménez, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería Universitaria*, 7 (4), 35-41. <http://scielo.org.mx/pdf/eu/v7n4/v7n4a6.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Ley General de Salud en Materia de Investigación*. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Camarena, K. N. (2020). Estrategias de intervención para el estrés en padres con hijos con enfermedades oncológicas. *Revista Redes*, 1(12), 25-43.
- Cardiel M. H. (1994). ¿Cómo se evalúa la calidad de vida? En: L. Moreno-Altamirano, F. Cano-Valle, & H. García-Romero (Eds.). *Epidemiología clínica*. (2a edición). Interamericana-Mc Graw-Hill.
- \*Carey, M., Sanson-Fisher, R., Paul, C., Bradstock, K., Williamson, A., & Campbell, S. (2017). Psychological morbidity among Australian rural and urban support persons of hematological cancer survivors: Results of a national study. *Psychooncology*, 26 (11), 1952-1958. <https://doi.org/10.1002/pon.4411>
- Carr, A. L., Jones, J., Mikulich, S. K., Laudenslager, M. L., Kutner, J. S., Kilbourn, K., Sannes, T., Brewer, B., Kolva, E., Joshi, T., & Pensak, N. A. (2019). Impact of a Mobilized Stress Management Program (Pep-Pal) for Caregivers of Oncology Patients: Mixed-Methods Study. *JMIR Cancer*, 5 (1), 1-12.

- Carreño-Moreno, S., Arias-Rojas, M., & Arredondo Holgín, E. (2022). Tendencias investigativas de enfermería en personas con cáncer. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(3).  
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/419811>
- Carretero, S., Garcés, J., & Ródenas, F. (2007). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Universidad de Alicante
- \*Cernvall, M., Carlbring, P., Wikman, A., Ljungman, L., Ljungman, G., & Von Essen, L. (2017). Twelve-month follow-up of a randomized controlled trial of internet-based guided self-help for Parents of children on cancer treatment. *Journal of Medical Internet Research*, 19 (7) 273. <https://www.jmir.org/2017/7/e273/>
- Cerquera, A.M., & Pabón, D.K. (2014). Intervención en cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia. Una revisión. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 8 (2), 73-81.
- Chaghazardi, M., Janatolmakan, M., Rezaeian, S., & Khatony, A. (2022). Care burden and associated factors in caregivers of children with cancer. *63 Italian Journal Of Pediatrics*, 48(1).  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35698160/>
- \*Chauhan, V.S., Chatrjee, K., Srivastava, K., Sharma, S., & Saini, R.K. (2021). Impact of cognitive behavioural intervention on caregiver burden in mothers of children diagnosed with cancer. *Medical Journal Armed Forces India*. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2021.05.008>
- Chaparro, L. (2011). Cómo se constituye el "vínculo especial" de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichan*, 11(1), 7-22.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972011000100002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100002&lng=en&tlng=es).

Chávez, M. (2015). *Métodos cuantitativos*. Universidad Nacional Autónoma de México

Chivukula, U., Kota, S., & Nandinee, D. (2018). Burden experience of caregivers of acute lymphoblastic leukemia. Impact of coping and spirituality. *Indian Journal of Palliative Care*, 24 (2), 189-195. doi: 10.4103/IJPC.IJPC\_209\_17

Cueva, T., Jara, O., Arias, J., Flores, F.A., Balmaceda, C.A. (2023). *Métodos mixtos de investigación para principiantes*. INUDI Perú. <https://doi.org/10.35622/inudi.b.106>

Cury, S. P., & Arias, A. (2016). Hacia una definición actual del concepto de diagnóstico social. Breve revisión bibliográfica de su evolución. *Cuadernos de trabajo social*. (23), 9-24. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2016.23.01>

De la Torre, M., & Pardo, R. (s.f.). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Deniz, H., & Inci, F. (2015). The burden of care and quality of life of caregivers of leukemia and lymphoma patients following peripheric stem cell transplantation. *Journal of Psychosocial Oncology*, 33 (3), 250-262. <https://doi.org/10.1080/07347332.2015.1019660>

\*Dionne-Odom, N., Applebaum, A.J., Ornstein, K. A., Azuero, A., Warren, P.P, Taylor, R. A., Rocque, G. B., K vale, E. A., Demark-Wahnefried, W., Pisu, M., Partridge, E. E., Martin, M. Y., & Bakitas, M. A. (2018). Participation and interest in support services among family caregivers of older adults with cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological*,

*Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 27(3), 711-1085.

<https://doi.org/10.1002/pon.4603>

Dionne-Odom, J.N., Currie, E.R., Johnston, E.E., & Rosenberg, A.R. (2019). Supporting Family Caregivers of Adult and Pediatric Persons with Leukemia. *Seminars in Oncology Nursing*, 35 (6). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.150954>

Effendy, C., Vemooji- Dassen, M., Setiyarini, S., Sinta, M., Tejawinata, S., Vissers, K., & Engels, Y. (2015). Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. *Psycho-Oncology*, 24, 585-591. <https://doi.org/10.1002/pon.3701>

El-Jawahri, A. R., Treager, L., Kuzmuk, K., Eusebio, J., Vandunsen, H, Shin, J. A., Keenan, T., Gallagher, E. R., Greer, J. A., Pirl, W. F., Jackson, V. A., Ballen, K. K., Spitzer, T. R., Graubert, T. A., McAfee, S. L., Bimalangshu, R. D., Chen, Y. Y., & Temel, J. (2015). Quality of life and mood of patients and family caregivers during hospitalization for hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*, 951-959. <https://doi.org/10.1002/cncr.29149>

El-Jawahri, A. R., Jacobs, J. M., Nelson, A. M., Traeger, L., Greer, J. A., Nicholson, S., Waldman, L. P., Fenech, A. L., Jagielo, A., D'Alotto, J., Horick, N., Spitzer, T., DeFillipp, Z., Chen, Y., & Temel, J. S. (2020). Multimodal Psychosocial Intervention for Family Caregivers of Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Randomized Clinical Trial. *Cancer*, 126 (8), 1758-1765. <https://doi.org/10.1002/cncr.32680>

Escalante, H. E., Montoya, C. P., & Arias-Rojas, M. (2022). Adopción del rol y calidad de vida de cuidadores de pacientes oncológicos en Medellín, Colombia. *Avances en enfermería*, 40(1), 89-100.

\*Escamilla, M.L., Carrillo, L., & Ordaz, M.I. (2020). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente oncohematológico. Un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23 (3), 895-911. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/76997>

Espinoza-Salgado, F.S., Reyes-Lagunes, I., Velasco-Rojano, E., Bravo-González, M.C., & Ramírez, A. (2017). Escala de estrategias de afrontamiento para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14 (1), 121-136. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55816>

Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México (2018). *Código de ética de las y los psicólogos*. <https://fenapsime.org/wp-content/uploads/2020/04/codet.pdf>

Fernández, S. (2020). *Intervención cognitivo-conductual para favorecer la regulación emocional en cuidadores primarios de pacientes pediátricos con cáncer* [tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. TESIUNAM. [132.248.9.195/ptd2020/octubre/0804314/Index.html](https://132.248.9.195/ptd2020/octubre/0804314/Index.html)

Galindo-Vazquez, O., Benjet, C., Cruz-Nieto, M. H., Rojas-Castillo, E., Riveros-Rosas, A., Meneses-García, A., Aguilar-Ponce, J. L., Alvarez-Avitia, M. A., & Alvarado-Aguilar, S. (2015). Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in Mexican caregivers of cancer patients. *Psycho-oncology*, 24(5), 612–615. <https://doi.org/10.1002/pon.3686>

- García-Carmona, M., García-Torres, F., Jacek Jabłoński, M., Gómez Solís, Á., Jaén-Moreno, M. J., Moriana, J. A., Moreno-Díaz, M. J., & Aranda, E. (2021). The influence of family social support on quality of life of informal caregivers of cancer patients. *Nursing open*, 8(6), 3411–3419. <https://doi.org/10.1002/nop2.887>
- García, L., & Navarro, V.R. (2017). Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticados con cáncer de mama. *Revista de Enfermedades no Transmisibles*, 7 (4), 250-259.
- Gjerset, G. M., Kiserud, C. E., Wisløff, T., McCarthy, J. B., & Thorsen, L. (2023). Perceived burden and need for support among caregivers of cancer patients. *Acta Oncologica*, 62(7), 794–802. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2023.2240008>
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Vizwanath, K. (2008). *Health behavior and health education. Theory, research and practice* (4<sup>th</sup> ed.). Jossey-Bass
- \*Grover, S., Rina, K., Mahotra, P., & Khadwal, A. (2019). Caregiver burden in the patients of Acute Myeloblastic Leukemia. *Indian Journal of Hematology and Blood Transfusion*, 35 (3), 437-445.
- Hasuo, H., Kanbara, K., & Fukunaga, M. (2020). Effect of heart rate variability biofeedback sessions with resonant frequency breathing on sleep: a pilot study among family caregivers of patients with cancer. *Frontiers in medicine*, 7 (61). <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00061>
- Hernández, G.A., Ordaz, M.I., Becerra, A.L., & Hernández, P. (2019). Adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social en pacientes con dolor crónico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 9 (2), 79-92. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/72775/64240>

Hurtado-Vega, J.C. (2021). Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. *Psicología Iberoamericana*, 29 (1), <https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.339>

International Agency for Research on Cancer. (2022a). Cancer today. [https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group\\_populations=0](https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0)

International Agency for Research on Cancer. (2022b). Cancer today Mexico. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheet.pdf>

Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). *Toxicidad financiera del tratamiento del cáncer (PDQ)*. Toxicidad financiera del tratamiento del cáncer (PDQ®)–Versión para pacientes - Instituto Nacional del Cáncer (cancer.gov)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Estadísticas a propósito del día contra el cáncer (4 de febrero)*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2015/cancer13.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021a). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020, preliminar*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020\\_Pre\\_07.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021b). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero)*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uno de Tecnologías de la información en los Hogares (ENDUTIH) 2023*.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENDUTIH/ENDUTIH\\_23.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENDUTIH/ENDUTIH_23.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023). *Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC, 2022)*.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC\\_23.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC_23.pdf)

Jansen, L., Dauphin, S., De Burghgraeve, T., Schoenmakers, B., Buntinx, F., & van den Akker, M. (2021). Caregiver burden: An increasing problem related to an aging cancer population. *Journal of health psychology, 26*(11), 1833–1849.  
<https://doi.org/10.1177/1359105319893019>

Jun, W. H., Cha, K. S., & Lee, K. L. (2021). The Mediating Effect of Depression on the Relationship between Social Support, Spirituality and Burnout in Family Members of Patients with Cancer. *International journal of environmental research and public health, 18*(4), 1727.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18041727>

\*Kaczmarzka-Tabor, A., & Wrona-Polanska. (2019). Predictors of stress in close relatives supporting patients with leukaemia. *Contemporary Oncology, 23*(2), 110-114.  
<https://doi.org/10.5114/wo.2019.85883>

- \*Kanaabi, J., & Kizza, I. B. (2019). The other untold burden of cancer in sub-Saharan Africa: Anxiety and depressive symptoms among family caregivers of adult cancer patients. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, *11*. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.100166>
- \*Kirk, D. L., Kabdebo, I., & Whitehead, L. (2021). Prevalence of distress and its associated factors among caregivers of people diagnosed with cancer: A cross-sectional study. *Journal Clinical Nursing: The International Vocie of Nursing Research, Theory and Pracrtice*, *31* (23-24), 3402–3413. <https://doi.org/10.1111/jocn.16167>
- \*Laudenslager, M., Simoneau, T., Kilbourn, K., Natving, C., Philips, S., Spradley, J., Benitez, P., McSweeney, P., & Mikulich-Gilbertson, K (2015). A randomized control trial of a psychosocial intervention for caregivers of allogeneic hematopoietic stem cell transplant patients: effects on distress. *Bone Marrow Transplant*, *50*, 1110–1118. <https://doi.org/10.1038/bmt.2015.104>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Planeta Roca
- Martínez-Alcalá, C. I., Cadena-Ortiz, A. K. y Jiménez-Rodríguez, B. (2020). En E., Sanchez, E., Colomo, J. Ruiz y J. Sanchez (Eds.). *Educación en línea de personas adultas mayores ante la contingencia sanitaria covid-19. Tecnologías educativas y estrategias didácticas*. (pp. 1185-1195). UMA
- Martínez-Basurto, A. E., Lozano-Arazola, A., Rodríguez-Velázquez, A. L., Galindo-Vázquez, O., & Alvarado-Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, *13* (1), 55-58.

Martínez, M.C. (2021). La alfabetización digital, un reto para el empoderamiento tecno-social. En A.P., Escobar (Ed.). *Pandemia y nuevas realidades para la comunicación en Ecuador* (pp. 79-120). CIESPAL

Miguel, R., & Lugo, I. (2021). Diseños N=1, viabilidad y utilidad en escenarios hospitalarios. En L. Reynoso & A. L. Becerra (coords.). *Medicina conductual. Avances y perspectivas* (pp.48-72). Qartuppi.

\*Montero, X., Jurado, S., Robles, R., Aguilar, J., Figueroa, C.G., & Méndez, J. (2012). Carga en Cuidadores Primarios Informales de Niños con Cáncer: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2 (2), 118-124.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283030245008>

Murguía, M. S., Bravo, A. M., Rico, A. P., & Sastrías, J. M. F. (2020). Relación entre necesidades no satisfechas y sintomatología emocional en cuidadores de pacientes oncológicos. *Psicología Iberoamericana*, 28(1).  
<https://www.redalyc.org/journal/1339/133963198005/html/>

National Alliance for Caregiving. (2016). *Cancer caregiving in the U.S. An intense, episodic, and challenging care experience.* [https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2020/05/CancerCaregivingReport\\_FINAL\\_June-17-2016.pdf](https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2020/05/CancerCaregivingReport_FINAL_June-17-2016.pdf)

National Alliance for Caregiving. (2020). *Caring in the U.S.* <https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2021/01/full-report-caregiving-in-the-united-states-01-21.pdf>

National Cancer Institute. (2021). *What is cancer?* <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>

- \*Natvig, C., Mikulich-Gilbertson, S. K., Laudenslager, M. L., & Bradley, C. J. (2021). Association between employment status change and depression and anxiety in allogeneic stem cell transplant caregivers. *Journal of Cancer Survivorship*, *16*, 1090-1095. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01099-3>
- Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J.N., Gallagher, E.R., Stagl, J.M., Park, E.R., Jackson, V.A., Pirl, W.F., Greer, J.A., & Temel, J.S. (2016). Factor associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Annals of Oncology*, *27*, 1607-1612. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw205>
- Nondedeu, D. (2011). Cambios en el rol social del paciente oncohematológico. Un estudio de caso. *Index de Enfermería*, *20* (3). <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200006>
- Northouse, L.L., Katapodi, M.C., Song, L., Zhang, L., & Mood, D.W. (2010). Intervention with family caregivers of cancer patients. *Cancer Journal for Clinicians*, *60*, 317-339. <https://doi.org/10.3322/caac.20081>
- Núñez, J., Galindo, O., Penedo, F. J., Calderillo, G., Meneses, A., Herrera, Á., & Lerma, A. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de afrontamiento COPE Breve en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana. *Psicología y Salud*, *31*(1), 143-153. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2684>.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Cáncer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Padilla, J.L., Acosta, B., Guevara, M., Gómez, J., & González, A. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Autoeficacia General aplicada en México y España. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (2), 245-252. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020649010>

Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G., & Mullan, J.T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.

Penagos, R.V., & Vargas-Escobar, L.M. (2020). Efectividad de una intervención de enfermería para modificar la autoeficacia y la sobrecarga del cuidador del paciente hemato-oncológico. *Revista Cuidarte*, 11 (2), 1-18. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.867>

\*Pensak, N. A., Joshi, T., Simoneau, T., Kilbour, K., Carr, A. L., Kutner, J. S., & Laudenslager, M. L. (2017). Development of a Web-Based Intervention for Addressing Distress in Caregivers of Patients Receiving Stem Cell Transplants: Formative Evaluation With Qualitative Interviews and Focus Groups. *JMIR Research Protocols*, 6 (6), 1-10

Pensak, N. A., Carr, A. L., Jones, J., Mikulich-Gilbertson, S. K., Kutner, J. S., Kilbourn, K., Sannes, T., Brewer, B., Kolva, E., Joshi, T., & Laudenslager, M. L. (2020). A Pilot Study of Mobilized Intervention to Help Caregivers of Oncology Patients Manage Distress. *Psychology*. <https://doi.org/10.1002/pon.5597>

Pérez, A., Becerra, A.L., & Mancilla, J. M. (2022). Telepsicología para la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: una revisión sistemática. *Entreciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento*, 10(24). <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2022.23.81240>

Petursdottir, A. B., & Svavarsdottir, E. K. (2019). The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation intervention on perceived support, well-being and burden among family caregivers in palliative home-care. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 3018-3031.

Pinar, R., & Afsar, F. (2016). Back Massage to Decrease State Anxiety, Cortisol Level, Blood Pressure, Heart Rate and Increase Sleep Quality in Family Caregivers of Patients with Cancer: A Randomised Controlled Trial. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 16(18), 8127–8133. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.18.8127>

\*Posluszny, D.M., Bovbjerg, D. H., Syrjala, K.L., Agha, M., & Dew, M. A. (2019). Correlates of anxiety and depression symptoms among patients and family caregivers prior to allogeneic hematopoietic cell transplant for hematological malignancies. *Supportive Care in Cancer*, 27, 591-600. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4346-3>

Rangel-Domínguez, N.E., Ascencio-Huertas, L., Ornelas Mejorada, R.E., Allende-Pérez, A.R., Larda-Ramírez, E., & Sánchez-Sosa, J.J. (2013). Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa. Un estudio piloto. *Psicooncología*, 10 (23), 365-376.

Real Academia Española. (2001). *Trabajo*. <https://dle.rae.es/trabajo>

Real Academia Española. (2021a). *Escolaridad*. <https://dle.rae.es/escolaridad>

Real Academia Española. (2021b). *Enfermedad*. <https://dle.rae.es/enfermedad?m=form>

\*Reina, M.E., Ramos, Y., García, L., & González, M.A. (2017). Creencias en salud y percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas. *Medisur*, 15 (3), 310-317. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3459/2327>

Regional Cancer Care Associates. (2023). *La diferencia entre el linfoma de Hodgkin y el no Hodgkin*. <https://regionalcancercare.org/es/news/the-difference-between-hodgkin-and-non-hodgkin-lymphoma/>

Rimer, B.K. (2008). The health belief model. En K. Glanz, B.K. Rimer, & K. Viswanath (eds.). *Health behavior and health education. Theory, research, and practice* (pp. 45-62). Jossey-Bass.

Rivera-Fong, L.M. (2014). Medicina Conductual y Hematología. En L. Reynoso y A.L. Becerra (Coords.). *Medicina Conductual. Teoría y Práctica* (pp. 43-64). Qartuppi.

Rizo, A.C., Molona, M., Milán, M.C., Pagán, P.E., & Machado, J. (2016). Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32 (3), 1-13.

\*Rozwadowski, M., Dittakavi, M., Mazzoli, A., Hassett, A., Braun, T., Barton, D., Carlozzi, N., Sen, S., Tewari, M., Hanauer, D., & Won, S. (2020). Promoting Health and Well-Being Through Mobile Health Technology (Roadmap 2.0) in Family Caregivers and Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Protocol for the Development of a Mobile Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 9 (9), 1-12.

\*Siminoff, L. A., Wilson-Genderson, M., Barta, S., & Thomson, M. D. (2020). Hematological cancer patient-caregiver dyadic communication: A longitudinal examination of cancer

communication concordance. *Psycho-Oncology*, 29(10), 1571–1578.  
<https://doi.org/10.1002/pon.5458>

Salgado, V. (2021). Pandemia versus redes sociales. Las redes como espacio contestatario a la crisis sanitaria, laboral y económica. En A.P., & Escobar (Ed.). *Pandemia y nuevas realidades para la comunicación en Ecuador* (pp.23-56). CIESPAL

Salinas, K. (2022). *Intervención cognitivo-conductual para cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos pediátricos*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo].  
<http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2893/AT26549.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Santos-Vega, M.X., Ortega-Adeane, P., & Toledano-Toledano, F. (2021). Validez y confiabilidad de la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS). *Psicooncología*, 18 (2), 333-345.  
<https://dx.doi.org/10.5209/psic.77756>

Schandl, A., Ringborg, C., Mälberg, K., Johar, A., & Lagergren, P. (2022). Caregiver burden and health-related quality of life among family caregivers of oesophageal cancer patients: a prospective nationwide cohort study. *Acta oncologica*, 61(10), 1186-1191. doi: 10.1080/0284186X.2022.2119098.

\*Seo, I., & Kyoung, E. (2016). Effects of stress appraisal on the quality of life of adult patients with multiple myeloma and their primary family caregivers in Korea. *Psycho-Oncology*, 26, 1640-1646. <https://doi.org/10.1002/pon.4348>

- \*Shaw, J. M., Young, J. M., Butow, P. N., Badgery- Parker, T., Durcinoska, I., Harrison, J. D., Davidson, P. M., Martin, D., Sandroussi, C., Hollands, M. Joseph, D., Das, A., Lam, V., Johnston, E., & Solomon, M. J. (2015). Improving psychosocial outcomes for caregivers of people with poor prognosis gastrointestinal cancers: a randomized controlled trial (Family Connect). *Support Care Cancer, 24* (2), 585-595. Doi.10.1007/s00520-015-2817-3
- Shiba, K., Kondo, N., & Kondo, K. (2016). Informal and formal social support survey. *Social Science & Medicine, 32* (6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Soriano, I. G., Castrejón, R., Ávila, L., León, M. A., Toledano, C. D., Albavera, C., Medina, C. N., & Espín, E. (2022). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con cáncer terminal. *Atención Familiar, 29*(2), 85–90. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.2.82030>
- Suárez, P., & Niño, S. (2019). *Riesgo psicosocial en cuidadores de pacientes oncológicos. Reflejo de una enfermedad que destruye a su guardián* (tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia: Colombia. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/15362>
- Sutan, R., Abduljaleel, N., Abdul, Z., & Mohd, H. (2017). Coping strategies among parents of children with acute lymphoblastic leukemia. *Health, 9*, 987-999. <https://doi.org/10.4236/health.2017.97071>
- Tirado, P., & Roque, M.P. (2018). La mujer como cuidadora informal: contexto y políticas públicas en México. *Eureka, 15* (2), 308-319
- Thomas Hebdon, M. C., Coombs, L. A., Reed, P., Crane, T. E., & Badger, T. A. (2021). Self-efficacy in caregivers of adults diagnosed with cancer: An integrative review. *European journal of*

*oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 52, 101933.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101933>

Van Hof, K. S., Hoesseini, A., Dorr, M. C., Verdonck-de Leeuw, I. M., Jansen, F., Leemans, C. R., ... & Offerman, M. P. (2022). Caregiver burden, psychological distress and quality of life among informal caregivers of patients with head and neck cancer: a longitudinal study. *International journal of environmental research and public health*, 19(23), 16304. doi: 10.3390/ijerph192316304.

Vega, M. X. S., Andeane, P. O., & Vázquez, Ó. G. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 33(1), 253-261.

Vélez, J. A., Mora, M. L., & Piedra, M. J. (2022). Bienestar y apoyo social en cuidadores informales de pacientes oncológicos. *Revista Científica de Psicología Eureka*, 19(1), 54-72.

\*Vicente, L. E., Medina, V., Rodríguez, D. A., Carranza, M., Vázquez, J. J., & Manjarrez, J. O. (2022). Acompañamiento psicosocial en cuidadores primarios informales: Mindfulness, calidad de vida y apoyo social a distancia. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 8 (1), 1-18. <https://cuved.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/385>

Villa, S. (2019). *Las políticas de cuidado en México ¿Quién cuida y cómo se cuida?*. Fundación Friedrich Ebert Stiftung en México.

Wanden-Berghe, R. G., & Sanz-Valero, J. (2021). Intervención psicológica en los cuidadores de los pacientes oncológicos menores de edad. Revisión sistemática. *Hospital a Domicilio*, 5 (1), 43-61. <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v5i1.126>

- \*Wang, L.J., Zhong, W.X., Ji, X.D., & Chen, J. (2016). Depression, caregiver burden and social support among caregivers of retinoblastoma patients in China. *International Journal of Nursing Practice*, 22 (5), 478-485. <https://doi.org/10.1111/ijn.12458>
- Wang, C., Wacharasin, C., & Hengudomsub, P. (2024). Self-efficacy as mediators of the association between dyadic coping and quality of life among spousal caregiver of patients with cervical cancer. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 11(3), 100354. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100354>
- Wang, C., Yan, J., Chen, J., Wang, Y., Lin, Y. C., Hu, R., & Wu, Y. (2020). Factors associated with quality of life of adult patients with acute leukemia and their family caregivers in China: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-1269-8>
- Wise, M., & Daver, N. (2018). Unmet clinical needs and economic burden of disease in the treatment landscape of acute myeloid leukemia. *American Journal of Managed Care*, 24 (16), S347-S355. <https://www.ajmc.com/journals/supplement/2018/understanding-unmet-needs-in-aml/unmet-needs-and-economic-burden-disease-treatment-landscape-aml>
- \*Yildiz, E, Dedeli, Ö., & Cinar, S. (2016). Evaluation of care burden and quality of life among family caregivers of patients with cancer. *Arastirma*, 13 (3), 216-225.
- Zabalegui, A., Navarro, M., Cabrera, E., Fernández-Puebla, A.G., Bardallo, D., Riodríguez, E., Gual, P., Fernández, M., & Argemí, J. (2007). Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43 (3), 157-166.

Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.  
<https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Zarit, S. H. (1989). Issues and directions in Family intervention research. En E. Light y B.D. Lebowitz (eds): Alzheimer, and Family Stress: Directions for research (pp. 458 – 486). US Government Printing Office.

Zhang, Y., Zhang, S., Liu, C., Chen, X., Ding, Y., Guan, C., & Hu, X. (2023). Caregiver burden among family caregivers of patients with advanced cancer in a palliative context: A mixed-method study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(21-22), 7751–7764.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.16872>

## Apéndices

### Apéndice 1. Consentimiento Informado

Pachuca de Soto, Hgo, a \_\_\_\_de\_\_de 20\_\_

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es **María Luisa Escamilla Gutiérrez**, maestra en psicología. Me encuentro realizando la investigación titulada **Intervención cognitivo-conductual telepsicológica dirigida a factores psicosociales en cuidadores primarios de pacientes oncohematológicos** y por medio de este documento que forma parte del proceso de consentimiento informado, me permito invitarle a participar en ella. Antes de tomar una decisión, permítame explicarle el objetivo de la investigación y en qué consistiría su participación. Siéntase libre de preguntar cualquier duda que pudiera presentársele.

Los cuidadores primarios son elementos muy importantes en el tratamiento de cualquier paciente; sin embargo, al ser una actividad muy demandante, los cuidadores pueden llegar a sentirse estresados, ansiosos, tristes o sobrecargados. Por ello, esta investigación tiene como **objetivo**, evaluar el efecto de una intervención para disminuir estos síntomas, así como, mejorar la manera de afrontar las situaciones que se le presentan y aumentar sus redes de apoyo y su autoeficacia.

Los **beneficios** esperados de esta investigación es que usted aprenda a cuidar a su paciente sin poner en riesgo su salud, utilizando algunas estrategias para afrontar de mejor forma las situaciones que se le vayan presentando. Asimismo, podrá obtener una valoración psicológica de cómo se encuentra en este momento.

Algunos de los **riesgos** que pudieran presentarse y que intentarán reducirse al máximo es: 1) que la intervención no logre disminuir sus síntomas, en ese caso, se buscará la forma de que reciba el tratamiento que necesite. 2) que pueda sentirse aburrido al contestar los cuestionarios que nos permiten evaluarlo. 3) al ser una intervención a distancia, el riesgo de que la información compartida sea escuchada por alguien más o que pudieran hackear la aplicación es alto, por lo que para recibir la atención, se le solicita que seleccione un espacio en el que pueda estar solo y en privacidad, así como programas que encripten la información para evitar que terceros lean los datos compartidos por correo electrónico. 4) Los fallos de internet o energía eléctrica también pueden presentarse, en caso de ocurrir, se establecerá comunicación por medio de una llamada telefónica.

Cabe señalar, que su información se mantendrá con estricta **confidencialidad** y que sólo serán utilizadas para esta investigación y su debida publicación y presentación en revistas científicas y congresos, sin revelar ningún dato que pudiera identificarle. Tal como se indica el artículo 21 fracción VIII del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

Su **participación** consistirá en contestar en dos ocasiones los instrumentos de evaluación (Entrevista de Carga de Zarit [ECZ], Inventario de Afrontamiento COPE breve, Escala de Apoyo Social Percibido [MSPSS] y Escala de Autoeficacia General) y los autorregistros diariamente mientras dure la intervención, así como participar en las trece sesiones de intervención individual gratuita con un **duración** de una hora por semana, cada una, que se llevarán a cabo por medio de la plataforma zoom, para lo cual, será capacitado(a) previo a su uso. No será necesario que se traslade a ningún espacio físico. La intervención se brindará de manera gratuita; la investigadora le proporcionará un teléfono celular y datos móviles lo que dure la intervención para que pueda recibirla. Cabe mencionar que las sesiones serán grabadas para que en el momento que usted desee revisarlas nuevamente, pueda hacerlo.

Si el paciente llegara a fallecer, la investigación se suspendería y se le brindaría orientación para recibir una intervención que le sea más benéfica.

Usted tiene derecho, en cualquier momento y sin necesidad de dar una explicación, de abandonar la investigación, sin que esto afecte la calidad de la atención que está recibiendo su paciente y usted en el Hospital General de Pachuca. Solo basta con notificar a la investigadora de su decisión.

Si la investigadora identificara ideación suicida o daño a terceros, está obligada a reportarlo a otras instancias, con la intención de prevenir que se haga daño a usted u otros.

En lo que respecta al teléfono celular al concluir con la intervención, deberá regresarse a la investigadora, esto para que más cuidadores como usted, se vean beneficiados de esta atención, por lo que se deberá llenar un vale con sus datos y los del teléfono para el resguardo del mismo. En caso de daños al equipo debido al uso esperado, correrán por cuenta de la investigadora. Se le invita a hacer el mejor uso del teléfono celular para usted y personas que están pasando por lo mismo que usted.

Cualquier duda que tuviera, puede preguntar a la investigadora **María Luisa Escamilla Gutiérrez** en el siguiente correo electrónico **maria\_escamilla@uaeh.edu.mx**

### **FIRMA DE CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, confirmo que fui informado (a) del propósito y las actividades que realizaría durante mi participación y en pleno uso de mis facultades mentales y por mi voluntad, decido participar en esta investigación titulada **Intervención cognitivo-conductual telepsicológica dirigida a factores psicosociales en cuidadores primarios de pacientes oncohematológicos**, como se encuentra estipulado en el artículo 20 y 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

También manifiesto que he sido informado (a) clara, precisa y ampliamente de lo que implica mi participación y de los riesgos a los que pudiera estar expuesto, ya que esta investigación es considerada de riesgo mayor al mínimo.

He leído y comprendido la información anterior. La psicóloga María Luisa Escamilla Gutiérrez ha respondido claramente a todas mis preguntas.

---

**NOMBRE Y FIRMA DEL  
PARTICIPANTE**

---

**NOMBRE Y FIRMA DEL  
INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**TESTIGOS**

---

**NOMBRE Y FIRMA  
PARENTESCO  
DOMICILIO**

---

**NOMBRE Y FIRMA  
PARENTESCO  
DOMICILIO**

## Apéndice 2. Encuesta de datos sociodemográficos

¿Es usted el cuidador principal del paciente? Sí ( ) No ( )

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: F ( ) M ( ) Prefiero no decirlo ( )

No. De teléfono: \_\_\_\_\_ No. De teléfono 2: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Vive con el paciente? Sí ( ) No ( ) ¿Cómo es la señal de línea telefónica y de internet en su lugar de residencia? \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ ¿Tiene hijos? ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Lugar de aplicación: Hospital General \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad?: \_\_\_\_\_

Se encuentra en atención psiquiátrica o psicológica: Sí ( ) No ( )

Tiene algún diagnóstico psiquiátrico: \_\_\_\_\_ ¿Ha acudido a psicoterapia alguna vez? Sí ( ) No ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Sabe leer y escribir? Sí ( ) No ( ) ¿Tiene algún problema visual?: Sí ( ) No ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la edad de su familiar? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el diagnóstico hematológico de su familiar? \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo que fue diagnosticado con la enfermedad?: \_\_\_\_\_

¿Qué tratamientos recibe actualmente? Quimioterapia ( ) Radioterapia ( ) Terapia Blanco ( )

¿En qué periodo del tratamiento se encuentra su familiar? Inicial ( ) Intermedio ( ) Termino de tratamiento ( ) Seguimiento ( ) Cuidados paliativos ( )

¿Tiene otras enfermedades? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo cuida al paciente? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días a la semana dedica a cuidar a su familiar? \_\_\_\_\_

¿Qué actividades puede realizar su paciente?

¿Actualmente en qué actividades ayuda a su paciente?

<sup>1</sup> Administración de medicamentos ( ) <sup>2</sup> Labores de higiene/bañar ( ) <sup>3</sup> Vestirse ( ) <sup>4</sup> Alimentación ( ) <sup>5</sup> Ayudar a caminar ( ) <sup>6</sup> Transporte al hospital ( ) <sup>6</sup> Comunicación con el equipo de salud ( ) <sup>7</sup> Cuidado en hospitalización ( ) <sup>7</sup> Contención emocional ( ) <sup>8</sup> Otro: ( ) Especificar:

NIVEL	CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE
5	Totalmente activo y en condiciones de realizar todas las actividades sin restricción.
4	Restringido en actividades pesadas, pero capaz de realizar actividades diarias básicas.
3	Capaz de cuidarse a sí mismo, pero incapaz de llevar a cabo cualquier tipo de trabajo.
2	Paciente capaz de cuidarse en forma limitada, tiene que estar en cama o sentado la mayor parte del tiempo, necesita cuidados parciales por parte de médicos y familia.
1	Paciente completamente discapacitado, todo el tiempo está en cama, no puede proveerse autocuidado y necesita cuidados especiales y totales por parte de médicos y familia.

¿Cuántas horas al día dedica al cuidado de su paciente? \_\_\_\_\_

Anteriormente ¿ha cuidado alguna otra persona con cáncer? \_\_\_\_\_

¿Hay alguien que dependa de usted además del paciente? \_\_\_\_\_

¿Usted considera que necesita la atención psicológica para afrontar el acompañamiento y cuidado de su paciente? <sup>1</sup> Si ( ) <sup>2</sup> No ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**Apéndice 3. Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores mexicanos de pacientes oncológicos.**

Lee atentamente cada una de las siguientes preguntas y marca con una **X** la opción que mejor describa su forma de pensar y/o sentir.

No		Nunca	Poco	Casi siempre	siempre
1	¿Sientes que debido al tiempo que dedicas a tu familiar ya no tienes suficiente tiempo para ti?				
2	¿Se siente tenso cuando cuida a su familiar y cuando se ocupa de otras responsabilidades?				
3	¿Tienes miedo del futuro que le espera a tu familiar?				
4	¿Sientes que tu familiar depende de ti?				
5	¿Se siente superado cuando está con su familiar?				
6	¿Siente que su salud se ha resentido por el cuidado de su familiar?				
7	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?				
8	¿Sientes que tu vida social se ha visto afectada por tener que cuidar a tu familiar?				
9	¿Piensas que tu familiar espera que lo cuides, como si fueras la única persona con la que puede contar?				
10	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?				
11	¿Sientes que has perdido el control de tu vida desde que se manifestó la enfermedad de tu familiar?				
12	En general, ¿se siente muy agobiado por tener que cuidar a su familiar?				

13	¿Piensa que su paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?				
14	¿Se siente avergonzado por el comportamiento de su familiar?				
15	¿Se enfada cuando está cerca de su familiar?				
16	¿Crees que la situación actual afecta negativamente tu relación con amigos y otros miembros de tu familia?				
17	¿Se siente incómodo al invitar amigos a la casa debido a su familiar?				
18	¿Le gustaría poder dejar el cuidado de su familiar a otras personas?				
19	¿Piensa que no tiene suficiente dinero para cuidar a su pariente además de sus otros gastos?				
20	¿Sientes que deberías hacer más de lo que haces por tu familiar?				
21	¿Crees que podrías cuidar mejor a tu familiar de lo que lo haces?				

#### Apéndice 4. Inventario de afrontamiento COPE Breve

Lee atentamente cada uno de los siguientes enunciados y marca con una **X** la opción que mejor describa su forma de pensar y/o sentir.

		Nunca	Poco	Casi siempre	Siempre
1	Recibo ayuda y consejos de otras personas (como familiares y amigos).				
2	Recibo apoyo emocional de otras personas (como familiares y amigos).				
3	Recibo consuelo y comprensión de alguien más (como familiares y amigos, por ejemplo).				
4	Trato de seguir consejos u obtener ayuda de otras personas sobre lo que debo hacer para cuidar a mi paciente.				
5	Rezo o medito para afrontar esta situación.				
6	Trato de encontrar consuelo en mi religión o en mis creencias espirituales.				
7	Pienso mucho sobre qué hacer para cuidar a mi paciente.				
8	Aprendo a vivir con el hecho de que debo cuidar a mi paciente.				
9	He estado haciendo algunas cosas para pensar menos en mi situación (por ejemplo, ir al cine, ver televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras).				
10	Trabajo o hago otras actividades para distraerme del cuidado de mi paciente.				
11	Expreso mis sentimientos negativos (como tristeza, enojo o ansiedad) respecto a la situación que vivo con mi paciente.				
12	Digo cosas para dejar que salgan mis sentimientos desagradables (como enojo, frustración o estrés).				
13	Trato de pensar en un plan para cuidar a mi paciente.				
14	Me esfuerzo por cuidar mejor a mi paciente.				
15	Dejé de hacer frente al estrés que me provoca cuidar a mi paciente.				

16	Hago bromas para hacer más amena mi situación actual.				
17	Me río de mi situación actual.				
18	Trato de ver el hecho de cuidar a mi paciente con una perspectiva más positiva				
19	Pienso que cuidar a mi paciente es una experiencia positiva.				
20	Me niego a aceptar que esto está pasando.				
21	Me digo a mí mismo que esto no es real.				
22	Me culpo por la enfermedad de mi paciente.				

### Apéndice 5. Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS)

Lee atentamente cada uno de los siguientes enunciados y marca con una **X** la opción que mejor describa su forma de pensar y/o sentir.

No		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Hay una persona especial con la que puedo compartir mis tristezas.					
2	Hay una persona especial con la que puedo compartir mis alegrías					
3	Tengo una persona especial que es una fuente de consuelo para mí.					
4	Hay una persona especial que está cerca de mi cuando la necesito					
5	Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por lo que siento.					
6	Mi familia trata de ayudarme en lo que puede.					
7	Mi familia me apoya emocionalmente					
8	Mi familia me apoya en lo que necesito.					
9	Puedo hablar de mis problemas con mi familia.					
10	Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.					
11	Tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías.					
12	Mis amigos tratan de ayudarme.					

## Apéndice 6. Escala de Autoeficacia General

Contesta a cada una de las frases que se te presentan y señala con una “X” el número que corresponde a la opción con la que te identificas.

		Incorrecto	A penas cierto	Más bien cierto	Cierto
1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.				
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.				
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.				
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.				
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.				
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.				

## Apéndice 7. Guía de entrevista al cuidador primario (Pre-evaluación)

Antes de ser cuidador	
Género	
1. ¿Cómo decidió su familia que usted sería la cuidadora (cuidador)?	
2. ¿Usted se negó en algún momento a ejercer este rol? ¿Cómo la trataron?	
Economía	
3. Antes de cuidar a su paciente ¿A qué se dedicaba?	
4. ¿Cómo se mantenía?	
5. ¿Cómo considera que era su economía?	
6. ¿Cómo es actualmente?	
Historia	
7. ¿Cómo era usted antes de cuidar a su paciente? ¿Podría describirse?	
8. ¿Cómo es actualmente?	
Actualmente	
Sobrecarga	
9. ¿Cómo considera que cuidar a su paciente ha impactado en su salud?	
10. ¿Qué es lo que ha cambiado en su vida desde que cuida a su paciente?	
Afrontamiento	
11. Coménteme una situación difícil que haya vivido como cuidador de su paciente ¿Cómo reaccionó?	
12. ¿Qué hizo para solucionarlo?	
Autoeficacia	
13. ¿Qué considera que se necesita para ser el cuidador de su paciente?	
14. ¿Usted cuenta con aquello que se necesita?	
15. ¿Qué considera que le hace falta?	
Significado de la enfermedad	
16. ¿Qué significa para usted la enfermedad de su paciente?	
Vínculo con el paciente	
17. ¿Qué significado tiene el paciente en su vida?	
18. ¿Cómo es la relación entre ustedes actualmente?	
19. ¿Cómo era su relación antes de la enfermedad de su paciente?	
Apoyo Social	
20. ¿Hay alguna persona que le ayude a cuidar a su paciente? ¿Cómo se organizan para cuidarlo?	

21. Si usted no pudiera cuidar más del paciente ¿Quién pudiera hacerlo?	
22. Actualmente ¿Cómo es el apoyo que recibe de sus seres queridos para cuidar al paciente?	
23. Cuando algo malo sucede con su paciente ¿a quién se lo cuenta? ¿Qué le dice esa persona?	
<b>Obstáculos y facilitadores</b>	
24. ¿Qué aspectos negativos identifica de su tarea como cuidador?	
25. ¿Qué aspectos positivos identifica?	
<b>Apoyo del personal de salud</b>	
26. ¿Qué opina sobre la atención que ha tenido con usted los médicos y las enfermeras? ¿Qué mejoraría?	
<b>Capacitación</b>	
27. ¿Qué le ha enseñado el personal de salud sobre el cuidado de su paciente?	
28. ¿Qué piensa que le hace falta saber sobre el cuidado de su paciente?	
<b>Ambiente Hospitalario</b>	
29. ¿Qué mejoraría del hospital para que éste fuera más cómodo?	
30. ¿Cómo considera que el ambiente del hospital afecta su salud mental?	
<b>Papel del Gobierno</b>	
31. ¿Cómo cree que el gobierno podría apoyarle a cuidadores como usted para hacer más fácil esta actividad?	
<b>Cierre</b>	
<p>Para concluir con la entrevista, ¿Le gustaría comentar algo más que no se haya comentado y le parezca importante?</p> <p>¿Cómo se sintió durante toda la sesión?</p> <p>La agradezco nuevamente por su valiosa participación.</p>	

## Apéndice 8. Cuestionario para post-evaluación

**Instrucciones:** por favor responda a las siguientes preguntas lo más honestamente posible. Esto nos permitirá mejorar la intervención.

Aspectos Técnicos de la Intervención	
1. ¿Qué le parecieron los materiales utilizados para la intervención?	
2. ¿Qué opina de las técnicas empleadas? ¿Qué mejoraría?	
3. ¿Considera que los tiempos de la sesión son adecuados para el aprendizaje de las técnicas?	
4. ¿Considera que el número de sesiones que conforma la intervención es suficiente?	
5. ¿Qué opina sobre la manera en que la psicóloga llevó a cabo la intervención? ¿Qué mejoraría?	
6. ¿Qué aspectos positivos considera que tiene el llevar la intervención a distancia por medio del celular?	
7. ¿Qué aspectos negativos se presentaron al llevar la intervención a distancia por medio del celular?	
8. ¿Considera que la modalidad a distancia favoreció el que usted obtuviera aprendizajes para el cuidado de su paciente?	
9. En general, ¿Qué le pareció la intervención?	
10. ¿Cómo se sintió durante la intervención?	

11. ¿En qué le sirvió la intervención en su práctica como cuidador?	
12. En general ¿Qué mejoraría de la intervención?	
13. ¿Qué más necesitaría saber para mejorar su tarea como cuidador?	

### **Apéndice 9. Guía de entrevista para seguimiento**

1. Actualmente ¿Continúa usando las técnicas presentadas en la intervención?	
2. ¿Se le han presentado dificultades para usarlas? ¿Cuáles?	
3. ¿Qué provoca esas dificultades?	
4. ¿Ha tenido algún problema relacionado con el cuidado? ¿Cuál? ¿Cómo lo ha enfrentado?	
5. ¿La intervención le facilitó su trabajo como cuidador? ¿De qué manera?	
6. ¿La intervención cambió la forma en que cuida a su paciente?	
7. ¿Qué cosas le faltarían aprender para su práctica como cuidador de su paciente?	

## Apéndice 10. Dictamen de aprobación de Comité de Ética e Investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
Instituto de Ciencias de la Salud  
School of Medical Sciences  
Coordinación de Investigación  
Area of Research

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 24 de noviembre de 2022  
Oficio Comité de Ética e Investigación ICsa 153 /2022  
Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.

**Escamilla Gutiérrez María Luisa**  
**Investigador Principal**  
Correo: maria\_escamilla@uaeh.edu.mx

**PRESENTE**

**Título del Proyecto: Intervención cognitivo-conductual a través de telepsicología para manejar factores psicosociales en cuidadores primarios de pacientes onco-hematológicos adultos.**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

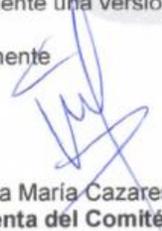
Decisión
Aprobado con modificaciones

Este protocolo tiene vigencia del 24 de noviembre del 2022 al 24 de noviembre del 2023.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso de avance de su proyecto al menos 60 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Le rogamos atender las indicaciones realizadas por el revisor, y enviar nuevamente una versión corregida de su protocolo para una nueva evaluación.

Atentamente

  
**Dra. Itzia María Cazares Palacios**  
**Presidenta del Comité**



Para la validación de este documento, informe el siguiente código en la sección Validador de documentos del sitio web del Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud: &n{x}{76}{zfl}

<https://sites.google.com/view/comiteei-icsa/validador-de-documentos>



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n  
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín  
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160  
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4306  
investigacion\_icsa@uaeh.edu.mx

[www.uaeh.edu.mx](http://www.uaeh.edu.mx)



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

Quien crea que una discapacidad es una limitación para superar retos no ha visto que luchas hasta ganar

Secretaria de Salud
U. Administrativa: Hospital General Pachuca
Área generadora: Departamento de Investigación
No. de Oficio: 052/2023

**Asunto: Autorización de ejecución de investigación.**

Pachuca, Hgo., a 29 de marzo del 2023.

**Mtra. en Pisc. María Luisa Escamilla Gutiérrez**  
Investigador Principal

Después de que el Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Pachuca evaluaran las enmiendas del Protocolo de Investigación titulado:

Intervención cognitivo-conducta tele psicológica dirigida a la sobrecarga, la autoeficacia, el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios

Me permito comunicarle que cumple con los cambios solicitados por lo que **se autoriza su ejecución** y queda registrado con el **No. 2023/161** del libro correspondiente.

Al finalizar el levantamiento de la información que su investigación, deberá pasar al Departamento de Investigación para que se le otorgue el archivo electrónico correspondiente al Informe Técnico Final, el cual deberá de entregar a este Departamento para darle continuidad a sus trámites.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

**Dr. Sergio López de Nava y Villasana**  
**Subdirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación**



SECRETARÍA DE SALUD  
DE HIDALGO  
Hospital General Pachuca  
Subdirección de Enseñanza,  
Capacitación e Investigación



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



NUEVO  
**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

Comité de Ética en Investigación  
Hospital Dra. Columba Rivera Osorio

No. de protocolo: CEEI-046-23  
Pachuca de soto Hidalgo a 25 de enero de 2023

Asunto: Carta de Aprobación Protocolo

**C. María Luisa Escamilla Gutiérrez**

Posterior al análisis de la propuesta, y revisión de la documentación complementaria presentada para realizar el protocolo de investigación con título:

**“Intervención cognitivo conductual a través de telepsicología para mejorar factores psicosociales en cuidadores primarios de pacientes oncohematológicos adultos”.**

Ha quedado

**APROBADO**

Por lo anterior expuesto y con base en la normatividad vigente: Artículo 16 (DOF 1º de junio de 2009) Artículo 73, fracción XXIX-O (DOF 30 de abril de 2009), Artículo 6 (DOF 20 de julio de 2007), NOM -004-SSA3\_2012, 5.4, 5.5, 5.5.1, ley de protección de datos personales, en posesión de sujetos obligados para el estado de Hidalgo.

Última reforma publicada en el alcance tres del periódico oficial: 13 de septiembre de 2021. Se le autoriza el uso de los datos contenidos en los expedientes clínicos así como en las bases de datos estadísticos de la institución, para la obtención de datos e información necesaria y pertinente para la realización de su protocolo de investigación, quedando obligado a cumplir la normatividad vigente en este sentido.

   
Dra. Angelina Franco Suarez **HOSPITAL GENERAL** Dra. Gabriela Alemán Susano  
Presidente del CEEI P.A. **“COLUMBA RIVERA OSORIO”** Coordinadora de Investigación  
**COORDINACIÓN DE**  
Hospital Dra. Columba Rivera Osorio **ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN** Hospital Columba Rivera Osorio  
Carretera Mexico-Pachuca Km. 86.5, Col. ISSSTE, C.P. 42063, Pachuca, Hgo.



## **Apéndice 11. Cartas descriptivas de la intervención**

### **Programa de Intervención: Momento de cuidarme**

*Objetivo de la intervención:* Mejorar los niveles de sobrecarga, autoeficacia, apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento de los cuidadores primarios.

*Participantes:* cuidadores primarios de pacientes oncohematológicos adultos.

*Modalidad:* Individual-virtual.

*Escenario:* Área de hospitalización y espacio a distancia.

*Duración:* 9 sesiones.

*Periodicidad:* dos veces por semana (excepto la primera que será esa única en la semana para el registro de la línea base y la última que será a al mes de concluida la intervención).

*Coordinadora:* Mtra. en Psic. María Luisa Escamilla Gutiérrez.

Sesión 1. Introducción a la intervención y alfabetización tecnológica

<b>Objetivo General: Que los cuidadores identifiquen los objetivos de la intervención, que brinden su consentimiento informado y que respondan a la pre-evaluación. Así como, que desarrollen habilidades para el manejo de la plataforma zoom y repositorio digital, medios por los cuales se llevará a cabo la intervención.</b>							
<b>Duración: 1:30 hrs.</b>							
<b>Modalidad: Presencial.</b>							
Objetivo particular	Técnica o procedimiento	Actividades		Tareas	Criterios de cambio	Técnicas de evaluación	Materiales/ Tiempo
		Terapeuta	Usuario				
<b>El cuidador describirá los objetivos de la intervención.</b>	Brindar información de la intervención. Objetivos.	Explicar los objetivos de la intervención. Hacer preguntas de comprobación. Responder preguntas.	Poner atención, responder y hacer preguntas.	Ninguna.	El cuidador responda a las preguntas de comprobación, para saber que ha entendido los objetivos de la intervención.	Reporte verbal.	Ninguno. 10 min.
<b>El cuidador proporcionará su consentimiento informado.</b>	Brindar información de la investigación. Riesgos, beneficios y participación.	Explicar los riesgos, beneficios y cómo será la participación del usuario. Hacer preguntas de comprobación. Responder preguntas. Entregar consentimiento informado.	Poner atención, responder y hacer preguntas. Firmar consentimiento informado.	Ninguna.	Que el cuidador responda a las preguntas de comprobación. Que firme el consentimiento informado.	Reporte verbal.	Consentimiento informado impreso. 15 min.
<b>El cuidador responderá a las pruebas estandarizadas, al autorregistro y a la entrevista.</b>	Pre-evaluación.	Exponer las funciones e importancia de la evaluación. Aplicar pruebas Entrevista de Carga de Zarit [ECZ], Inventario de Afrontamiento COPE breve, Escala de Apoyo	Poner atención, responder las pruebas psicológicas, responder al autorregistro y laa entrevista.	Llenar el autorregistro diariamente.	Que el cuidador responda las pruebas, el autorregistro y la entrevista.	Respuesta correcta a las pruebas y autorregistros.	Pruebas psicológicas, autorregistro y entrevista. 25 min.

		Social Percibido [MSPSS] y Escala de Autoeficacia General. Explicar el llenado del autorregistro. Realizar la entrevista cualitativa.					
<b>El cuidador mostrará cómo navegar en una reunión zoom y en el repositorio digital.</b>	Alfabetización tecnológica. Zoom y Repositorio Digital.	Explicar cómo ingresar a una llamada de zoom, como activar sonido y micrófono, cómo desactivarlo. Exponer cómo ingresar al repositorio digital y qué archivos podrá encontrar. Entregar tríptico. Poner ejercicios	Poner atención, escuchar, hacer preguntas y hacer los ejercicios.	Practicar 2 veces en la semana entrar y salir de una reunión, activar sonido y micrófono. Entrar y navegar en el repositorio digital.	El cuidador entra y sale de una reunión, activa el sonido y el micrófono. Entra y navega en el repositorio digital.	Los ejercicios sin errores.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Repositorio digital. Tríptico.  40 min.

*Sesión 2. La importancia del cuidador primario*

<b>Objetivo General: Que los cuidadores identifiquen la importancia de su papel en el bienestar del paciente, así como la necesidad de cuidar su propia salud y prevenir la sobrecarga.</b>							
<b>Duración: 1:10 hr.</b>							
<b>Modalidad: Virtual.</b>							
Objetivo particular	Técnica o procedimiento	Actividades		Tareas	Criterios de cambio	Técnicas de evaluación	Materiales/ Tiempo
		Terapeuta	Usuario				
<b>Identificar los problemas que el cuidador ha presentado al usar zoom y el repositorio digital.</b>	Alfabetización digital. Retroalimentación.	Preguntar sobre las dificultades que se hayan presentado al navegar por zoom y el repositorio.	Responder a las preguntas, corregir los errores y hacer preguntas.	Hacer un intento de navegación en la sesión y la próxima sesión.	El cuidador entra y sale de una reunión, activa el sonido y el micrófono.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Repositorio digital.

		Corregir errores y responder preguntas.			Entra y navega en el repositorio digital.		Tríptico. Diario del cuidador.  10 min.
<b>Que el cuidador mencione cuál es su papel como cuidador primario y su importancia en el bienestar del paciente.</b>	Psicoeducación. Importancia del cuidador primario.	Señalar quien es un cuidador primario y por qué es importante en el cuidado del paciente. Hacer preguntas y responder preguntas. Presentar la infografía.	Escuchar con atención, responder y hacer preguntas. Observar y leer infografía.	Ninguna.	Explica con sus propias palabras la importancia de ser un cuidador primario y esta explicación se acerca a lo que se le ha expuesto.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Infografía “el cuidador primario”.  10 min.
<b>Que el cuidador identifique las razones por las que se le ha encomendado ese papel y las emociones que ello le causan.</b>	Psicoeducación. Razones de ser el cuidador primario y las emociones que provoca el rol.	Preguntar al cuidador por las razones por la que es el cuidador primario y las emociones que le hace sentir el rol. Indagar sobre 3 ventajas (a corto, mediano y largo plazo) y 3 desventajas de ejercer este rol Brindar retroalimentación.	Poner atención, enumerar las razones y las emociones que ha estado experimentando (positivas y negativas).	Ninguna.	Enumera las razones por las que es cuidador y las emociones que está experimentando (positivas y negativas). Menciona 3 ventajas y 3 desventajas de ejercer el rol.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Infografía “el cuidador primario”. 15 min.
<b>Que el cuidador mencione las conductas que realiza para cuidar del paciente.</b>	Identificación de conductas.	Preguntar por las conductas que el cuidador realiza para cuidar al paciente y cuanto tiempo del día le consumen.	Enumerar las conductas que realiza y el tiempo aproximado que le llevan realizarlas.	Ninguna.	Menciona las conductas y el tiempo que le consumen, lo relaciona con el cuidado de su salud.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Infografía “el cuidador primario”.  10 min.
<b>Que el cuidador identifique cómo su salud</b>	Psicoeducación. Prevención de la sobrecarga.	Presenta la infografía “¿Qué es la	Pone atención. Señala si las emociones que	Anotar 3 situaciones que podrían	Menciona como esto podría afectar su salud y las	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet.

podría estar en riesgo y que puede ejecutar conductas para prevenir enfermar.		sobrecarga y por qué prevenirla?”. Menciona la definición de sobrecarga. Pregunta si considera que podría estar en riesgo de enfermar y padecer sobrecarga. Se presentan las conductas que le ayudarían a prevenir la sobrecarga, las cuales se abordarán en la intervención.	está presentando y actividades que realiza como cuidador pudieran afectar su salud. Menciona si considera que está en riesgo de padecer sobrecarga. Identifica qué conductas pudieran prevenir esta afectación	provocar sobrecarga y 3 conductas que le ayudarían a prevenirla.	conductas pudiera ejecutar para prevenirlo.		Zoom. Infografía “¿Qué es la sobrecarga y por qué prevenirla?”. Diario del cuidador.  15 min.
<b>Dar seguimiento al llenado de autorregistros y a las preguntas de seguimiento.</b>	Retroalimentación. Autorregistros. Cuestionario cualitativo.	Menciona lo que se ha identificado en los autorregistros. Corrige errores en su llenado y soluciona dudas o inconvenientes que se han presentado.	Responde y hace preguntas.	Continuar respondiendo diariamente el autorregistro.	Responde a los autorregistros anteriores.	Los autorregistros.	Teléfono inteligente. Internet. Autorregistro. Gráfica. Cuestionario de seguimiento. 10 min.

*Sesión 3. El cuidado del paciente*

<b>Objetivo General: Que el cuidador obtenga conocimientos sobre el cuidado del paciente y con ellos promover su autoeficacia.</b>							
<b>Duración: 1:00 hrs.</b>							
<b>Modalidad: Virtual.</b>							
Objetivo particular	Técnica o procedimiento	Actividades		Tareas	Criterios de cambio	Técnicas de evaluación	Materiales/ Tiempo
		Terapeuta	Usuario				
<b>Que el cuidador identifique cómo su salud podría estar en riesgo y que puede ejecutar conductas para</b>	Psicoeducación. Prevención de la sobrecarga Retroalimentación.	Analizar las situaciones que el cuidador considera que pudiera provocarle sobrecarga y las conductas que le	Mostrar su tarea. Hacer y responder preguntas.	Ninguna.	El análisis de las situaciones generadoras de sobrecarga y las conductas que le ayudarían a prevenirla.	Reporte verbal y escrito.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Fotografía de su tarea. Diario del cuidador.

<b>prevenir enfermar.</b>		podrían ayudar a prevenirla. Hacer y responder preguntas.					10 min.
<b>Que el cuidador reconozca las características de la enfermedad del paciente y los efectos del tratamiento.</b>	Psicoeducación. La enfermedad y el tratamiento.	Explicar por medio de una alegoría la enfermedad que padece el paciente, así como los efectos del tratamiento. Presentar la infografía. Hacer y responder preguntas.	Poner atención. Hacer y responder preguntas. Explicar con sus propias palabras la enfermedad y efectos del tratamiento.	Ninguna.	La explicación de la enfermedad y el tratamiento con las palabras del cuidador.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Infografía “enfermedad oncohematológica”. 15 min.
<b>Que el cuidador mencione las conductas de higiene, alimentación y actividad física que favorezca el cuidado del paciente.</b>	Psicoeducación. Conductas de cuidado para el paciente.	Presentar las infografías con las conductas de higiene, alimentación y actividad física. Hacer y responder preguntas.	Escuchar con atención. Hacer y responder preguntas.	Anotar las dudas que surjan durante la semana sobre el cuidado del paciente. Ejecutar 3 conductas de las vistas en la sesión.	Mencionar las conductas que ahora conoce que debe realizar para cuidar al paciente adecuadamente.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Infografía de otros cuidados. Diario del cuidador. 30 min.
<b>Dar seguimiento al llenado de autorregistros y a las preguntas de seguimiento.</b>	Retroalimentación. Autorregistros. Cuestionario cualitativo.	Menciona lo que se ha identificado en los autorregistros. Corrige errores en su llenado y soluciona dudas o inconvenientes que se han presentado.	Responde y hace preguntas.	Continuar respondiendo diariamente el autorregistro.	Responde a los autorregistros anteriores.	Los autorregistros.	Teléfono inteligente. Internet. Autorregistro. Gráfica. Cuestionario de seguimiento. 10 min.

*Sesión 4. Respiración y relajación*

<b>Objetivo General: Que el cuidador identifique y ejecute estrategias de afrontamiento al estrés adaptativas, como la respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.</b>							
<b>Duración: 1:05 hrs.</b>							
<b>Modalidad: Virtual.</b>							
Objetivo particular	Técnica o procedimiento	Actividades		Tareas	Criterios de cambio	Técnicas de evaluación	Materiales/ Tiempo
		Terapeuta	Usuario				
<b>Que el cuidador mencione las conductas de higiene, alimentación y actividad física que favorezca el cuidado del paciente.</b>	Psicoeducación. Conductas de cuidado para el paciente. Retroalimentación.	Revisar las preguntas que el cuidador tenga. Indagar sobre si el cuidador se siente capaz de realizar esas preguntas al médico, si para el cuidador hay limitantes, abordarlas. Reforzar o corregir las conductas que realizó para el cuidado del paciente.	Presentar sus dudas sobre el cuidado del paciente. Responde preguntas. Presenta las conductas que estuvo realizando.	Ninguna.	Que el cuidador indique de manera asertiva cómo preguntaría sus dudas al médico. Que ejecute las conductas de cuidado correctamente.	Reporte verbal y escrito.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Diario del cuidador.  10 min.
<b>Que el cuidador reconozca los beneficios e importancia de los ejercicios de respiración y relajación.</b>	Psicoeducación. Respiración y relajación.	Presentar los beneficios de realizar los ejercicios de respiración y relajación.	Escuchar atentamente, hacer y responder preguntas.	Ninguna.	Mencione con sus propias palabras los beneficios de realizar técnicas de este tipo.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom.  15 min.
<b>Que el cuidador ejecute la técnica de respiración diafragmática como estrategia de relajación.</b>	Respiración diafragmática.	Presentar el video de “respiración diafragmática”. Dar instrucciones. Hacer y responder preguntas. Reforzar los intentos. Corregir los intentos.	Prestar atención al video. Seguir instrucciones para realizar el ejercicio. Hacer y responder preguntas.	Ninguna.	Ejecute el ejercicio sin errores.	Observación y reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Video “respiración diafragmática”.  10 min.

<b>Que el cuidador efectúe la técnica de relajación muscular progresiva.</b>	Elementos de relajación muscular progresiva.	Presentar el video de “relajación muscular progresiva”. Dar instrucciones. Hacer y responder preguntas. Reforzar los intentos. Corregir los intentos.	Prestar atención al video. Seguir instrucciones para realizar el ejercicio. Hacer y responder preguntas.	Ninguna.	Ejecute el ejercicio sin errores.	Observación y reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Video “relajación muscular progresiva”.  15 min.
<b>Que el cuidador establezca el momento y la periodicidad con la que puede realizarlo, así como la utilidad que tendría en su vida diaria.</b>	Elementos de relajación muscular progresiva. Establecimiento de metas	Hacer y responder preguntas.	Hacer y responder preguntas.	Realizar los ejercicios de respiración y relajación en el momento y con la periodicidad establecida. Registrar que tan tenso se encontraba antes y después del ejercicio usando EVAs del 1 al 10	Establezca la hora y la frecuencia en la que realizará el ejercicio.  Menciona 3 beneficios que pudiera tener realizarlos.	Reporte Verbal y escrito.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Diario del cuidador.  10 min.
<b>Dar seguimiento al llenado de autorregistros y a las preguntas de seguimiento.</b>	Retroalimentación. Autorregistros. Cuestionario cualitativo.	Menciona lo que se ha identificado en los autorregistros. Corrige errores en su llenado y soluciona dudas o inconvenientes que se han presentado.	Responde y hace preguntas.	Continuar respondiendo diariamente el autorregistro.	Responde a los autorregistros anteriores.	Los autorregistros.	Teléfono inteligente. Internet. Autorregistro. Gráfica. Cuestionario de seguimiento. 5 min.

Sesión 5. Solución de problemas.

<b>Objetivo General: Que el cuidador resuelva problemas de manera adaptativa</b>
<b>Duración: 1:30 hrs.</b>

Modalidad: Virtual.							
Objetivo particular	Técnica o procedimiento	Actividades		Tareas	Criterios de cambio	Técnicas de evaluación	Materiales/ Tiempo
		Terapeuta	Usuario				
<b>Que el cuidador retome los resultados de la técnica de relajación.</b>	Relajación muscular progresiva. Retroalimentación.	Hacer y responder preguntas. Revisar registro.	Hacer y responder preguntas. Presentar su registro.	Ninguna.	Que el cuidador haya realizado la técnica en los momentos que estableció y que note una disminución de tensión.	Reporte verbal y escrito.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Reporte. Diario del cuidador.  10 min.
<b>Que el cuidador defina su orientación al problema.</b>	Elementos de Solución de problemas. Orientación al problema.	Explicar la importancia de tener una orientación al problema positiva, en donde se sienta capaz de encontrar una buena solución. Presentar la infografía “pasos para solución de problemas” Hacer y responder preguntas.	Escuchar atentamente, hacer y responder preguntas. Observar infografía.	Ninguna.	Que el cuidador ejemplifique cómo un problema en su caso podría tener una orientación positiva.	Reporte verbal	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Infografía “pasos para solución de problemas”.  10 min.
<b>Que el cuidador defina problemas derivados del cuidado del paciente.</b>	Elementos de solución de problemas. Definición del problema.	Describir en qué consiste la definición del problema. Presentar la infografía “pasos para solución de problemas”. Hacer y responder preguntas. Pedir al cuidador que seleccione el principal problema	Escuchar atentamente, hacer y responder preguntas. Seleccionar su principal problema. Observar infografía.	Ninguna.	Que el cuidador logre definir su principal problema derivado del cuidado.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Infografía “pasos para solución de problemas”.  15 min.

		derivado del cuidado de su paciente.					
<b>Que el cuidador genere opciones de solución.</b>	Elementos de solución de problemas. Opciones de solución.	Solicitar al cuidador que mencione todas las soluciones que vengan a su mente. Hacer y responder preguntas, buscando ventajas y desventajas de cada una. Presentar la infografía “pasos para solución de problemas”	Escuchar atentamente, mencionar opciones de solución. Hacer y responder preguntas. Observar infografía.	Ninguna.	Que el cuidador genere mínimo 3 opciones de solución y que identifique las ventajas y desventajas de cada una. Seleccione la mejor opción de solución.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Infografía “pasos para solución de problemas”.  20 min.
<b>Que el cuidador desarrolle un plan de acción que les permita ejecutar la estrategia de solución.</b>	Elementos de Solución de problemas. Plan de acción.	Exponer la importancia de tener un plan de acción. A partir de la selección de la mejor solución, hacer preguntas para generar un plan de ejecución. Responder preguntas. Presentar la infografía “pasos para solución de problemas”	Escuchar atentamente, mencionar qué haría y necesita para ejecutar su mejor opción de solución. Hacer y responder preguntas. Observar infografía.	Ninguna	Que el cuidador mencione paso a paso qué necesita y cómo haría para solucionar su problema.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Infografía “pasos para solución de problemas”.  20 min.
<b>Que el cuidador identifique que se pueden presentar obstáculos durante el plan de acción y cómo responder en esas situaciones.</b>	Elementos de Solución de problemas. Plan de contingencia.	Señalar que a veces se presentan contratiempos y que los planes no salen como se espera. Preguntar al cuidador sobre	Escuchar atentamente. Hacer y responder preguntas. Observar infografía.	Ejecutar su plan de acción y responder a las preguntas. ¿Cómo me sentí al hacerlo? ¿Necesité algo más para poderlo	Que el cuidador mencione mínimo 2 contratiempos que pudieran surgir y proponga un plan	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Infografía “pasos para solución de problemas”.

		posibles contratiempos que se pudieran presentar y qué podría hacer en esos casos, buscando generar un plan B. Responder preguntas. Presentar la infografía “pasos para solución de problemas”		poner en marcha? ¿Se presentó algún contratiempo? ¿Qué hice? ¿Me siento capaz de solucionar problemas?	B en caso de que se presenten.		Diario del cuidador.  10 min.
<b>Dar seguimiento al llenado de autorregistros y a las preguntas de seguimiento.</b>	Retroalimentación. Autorregistros. Cuestionario cualitativo.	Menciona lo que se ha identificado en los autorregistros. Corrige errores en su llenado y soluciona dudas o inconvenientes que se han presentado.	Responde y hace preguntas.	Continuar respondiendo diariamente el autorregistro.	Responde a los autorregistros anteriores.	Los autorregistros.	Teléfono inteligente. Internet. Autorregistro. Gráfica. Cuestionario de seguimiento. 5 min.

*Sesión 6. Asertividad. Una forma de pedir ayuda*

<b>Objetivo General: Que el cuidador aplique estrategias de comunicación asertiva para solicitar apoyo social.</b>							
<b>Duración: 1:10 hrs.</b>							
<b>Modalidad: Virtual.</b>							
Objetivo particular	Técnica o procedimiento	Actividades		Tareas	Criterios de cambio	Técnicas de evaluación	Materiales/ Tiempo
		Terapeuta	Usuario				
<b>Que el cuidador identifique que se pueden presentar obstáculos durante el plan de acción y cómo</b>	Solución de problemas. Retroalimentación	Hacer y responder preguntas. Revisar las preguntas.	Explicar cómo implementó su estrategia de solución. Responder a las preguntas planteadas.	Ninguna.	La implementación de la estrategia de solución y que haya logrado solucionar el problema. Si no fue así, qué identifique	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Diario del cuidador.

<b>responder en esas situaciones.</b>			Hacer preguntas.		qué y cómo debe modificarlo.		10 min.
<b>Que el cuidador identifique las personas que integran su red de apoyo y de qué manera le apoyan.</b>	Identificación de redes de apoyo social.	Hacer y responder preguntas acerca de las personas que podrían apoyarle en el cuidado y de qué manera podrían hacerlo. Esquematizar su red social.	Hacer y responder preguntas.	Ninguna.	Identifique mínimo a 5 personas que puedan apoyarle en el cuidado del paciente.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom.  15 min.
<b>Que el cuidador señale estrategias para pedir ayuda.</b>	Estrategias de comunicación para pedir ayuda.	Explicar las estrategias de comunicación para solicitar apoyo. Modelar las estrategias. Aplicar un role playing. Reforzar los aciertos y corregir los errores. Presentar la infografía “Estrategias para pedir ayuda”	Escuchar atentamente. Hacer y responder preguntas. Participar en el role playing. Hacer las correcciones. Observar la infografía.	Ninguna.	Que ejecute la estrategia sin errores.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Infografía “Estrategias para pedir ayuda”  20 min.
<b>Que el cuidador use la fórmula de la asertividad para expresar emociones negativas.</b>	Elementos de comunicación asertiva.	Explicar la fórmula de la asertividad. Preguntar sobre alguna situación que le provoque enojo o tristeza relacionada con el cuidado. Modelar la aplicación de la fórmula. Aplicar un role playing.	Escuchar atentamente. Identificar alguna situación que le provoque emociones negativas. Hacer y responder preguntas. Participar en el role playing. Hacer las correcciones.	Realizar un ensayo conductual usando las estrategias para pedir ayuda y la fórmula de la asertividad, anote cómo se sintió, si fue fácil hacerlo, qué considera que se le dificultó y si	Que ejecute la fórmula sin errores.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Infografía “la fórmula de la asertividad” Diario del cuidador.  20 min.

		Reforzar los aciertos y corregir los errores. Presentar la infografía “la fórmula de la asertividad”	Observar la infografía.	logró que le ayudaran con el favor que solicitó.			
<b>Dar seguimiento al llenado de autorregistros y a las preguntas de seguimiento.</b>	Retroalimentación. Autorregistros. Cuestionario cualitativo.	Menciona lo que se ha identificado en los autorregistros. Corrige errores en su llenado y soluciona dudas o inconvenientes que se han presentado.	Responde y hace preguntas.	Continuar respondiendo diariamente el autorregistro.	Responde a los autorregistros anteriores.	Los autorregistros.	Teléfono inteligente. Internet. Autorregistro. Gráfica. Cuestionario de seguimiento. 5 min.

*Sesión 7. El autocuidado*

<b>Objetivo General: Que el cuidador resuelva problemas de manera adaptativa</b>							
<b>Duración: 1:05 hrs.</b>							
<b>Modalidad: Virtual.</b>							
Objetivo particular	Técnica o procedimiento	Actividades		Tareas	Criterios de cambio	Técnicas de evaluación	Materiales/ Tiempo
		Terapeuta	Usuario				
<b>Que el cuidador use la fórmula de la asertividad para expresar emociones negativas.</b>	Elementos de comunicación asertiva. Retroalimentación.	Hacer y responder preguntas. Revisar las preguntas.	Explicar cómo implementó las estrategias de comunicación. Responder a las preguntas planteadas. Hacer preguntas.	Ninguna.	Que haya hecho un ensayo conductual para emplear las estrategias de comunicación y que haya tenido resultados positivos.	Reporte verbal y escrito.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Diario del cuidador. 10 min.
<b>Que el cuidador identifique qué es el autocuidado y para qué sirve.</b>	Autocuidado. Psicoeducación	Explicar qué es el autocuidado y su importancia. Hacer y responder preguntas.	Escuchar con atención. Hacer y responder preguntas.	Ninguna.	Que explique con sus propias palabras qué es el autocuidado y por qué sería	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom.

					importante para sí mismo.		10 min.
<b>Que el cuidador identifique conductas de autocuidado para prevenir que enferme.</b>	Autocuidado. Psicoeducación.	Presentar conductas de autocuidado en áreas como la alimentación, el ejercicio, la higiene, descanso, recreación y relaciones sociales. Hacer y responder preguntas. Presentar infografía.	Escuchar con atención. Hacer y responder preguntas.	Ninguna.	Que mencione mínimo 2 conductas de autocuidado ya realiza y 5 que le parecería importante realizar. Al menos 1 de cada área.	Reporte verbal.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Infografía estrategias de autocuidado.  20 min.
<b>Que el cuidador ejecute conductas de autocuidado para prevenir que enferme.</b>	Programación de actividades.	Presentar un horario y preguntar al cuidador cómo llenarlo con las conductas que mencionó. Responder preguntas. Explicar cómo este horario ayudaría a ejecutar las conductas de autocuidado, mejorar los estilos de afrontamiento y prevendría la sobrecarga.	Escuchar con atención. Llenar el horario. Responder y hacer preguntas.	Que realice las conductas de autocuidado de al menos dos días a la semana y responder cómo se sintió, qué obstáculos se presentaron, qué hizo para manejarlo.	Que llene el horario con la programación de las conductas de autocuidado.	Reporte verbal y escrito.	Teléfono inteligente. Internet. Zoom. Horario. Diario del cuidador.  20 min.
<b>Dar seguimiento al llenado de autorregistros y a las preguntas de seguimiento.</b>	Retroalimentación. Autorregistros. Cuestionario cualitativo.	Menciona lo que se ha identificado en los autorregistros. Corrige errores en su llenado y soluciona dudas o	Responde y hace preguntas.	Continuar respondiendo diariamente el autorregistro.	Responde a los autorregistros anteriores.	Los autorregistros.	Teléfono inteligente. Internet. Autorregistro. Gráfica. Cuestionario de seguimiento.

		inconvenientes que se han presentado.					5 min.
--	--	---------------------------------------	--	--	--	--	--------

*Sesión 8. Cierre de la intervención*

<b>Objetivo General: Que el cuidador reciba retroalimentación de su participación, así como realizar la post-evaluación</b>							
<b>Duración: 1:30 hrs.</b>							
<b>Modalidad: Presencial.</b>							
Objetivo particular	Técnica o procedimiento	Actividades		Tareas	Criterios de cambio	Técnicas de evaluación	Materiales/ Tiempo
		Terapeuta	Usuario				
<b>Que el cuidador ejecute conductas de autocuidado para prevenir que enferme.</b>	Programación de actividades. Retroalimentación.	Hacer y responder preguntas.	Reporta las actividades que hizo, cómo las hizo, qué obstáculos se presentaron y cómo los manejó. Hacer y responder preguntas.	Ninguna.	Que haya realizado las actividades mínimo 2 días de la semana y que haya podido manejar los obstáculos que se le presentaron.	Reporte verbal y escrito.	Diario del cuidador.  10 min
<b>Dar seguimiento al llenado de autorregistros.</b>	Retroalimentación. Autorregistros.	Menciona lo que se ha identificado en los autorregistros. Explica los avances que ha tenido el cuidador con respecto a los autorregistros.	Responde y hace preguntas.	Continuar respondiendo diariamente el autorregistro.	Responde a los autorregistros anteriores.	Los autorregistros.	Teléfono inteligente. Internet. Autorregistro. Gráfica.  10 min.
<b>Que el cuidador identifique los aprendizajes obtenidos durante la intervención.</b>	Identificación de aprendizajes	Preguntar sobre los aprendizajes y habilidades obtenidas. Si considera que hay algo que sea un obstáculo y que no le permita	Responder y hacer preguntas.	Ninguna.	Que nombre al menos 3 aprendizajes que ha podido ejecutar sorteando obstáculos.	Reporte verbal	Ninguno.  20 min.

		ejecutar las actividades, así como la solución que ha pensado.					
<b>Que el cuidador reconozca que existen recaídas y cómo prevenirlas.</b>	Prevención de recaídas.	Exponer que existen recaídas y que es una parte normal del proceso. Promover que el cuidador identifique cómo puede prevenirlas o qué hacer cuando estas se presentan. Hacer y responder preguntas.	Escuchar atentamente. Hacer y responder preguntas.	Llevar a cabo el plan de recaídas.	Que mencione 3 estrategias para prevenir recaídas.	Reporte verbal y escrito.	Diario del cuidador y pluma.  20 min.
<b>El cuidador responderá a las pruebas estandarizadas y a cuestionario sobre intervención.</b>	Post-evaluación.	Exponer las funciones e importancia de la evaluación. Aplicar pruebas Entrevista de Carga de Zarit [ECZ], Inventario de Afrontamiento COPE breve, Escala de Apoyo Social Percibido [MSPSS] y Escala de Autoeficacia General y cuestionario sobre opiniones de la intervención.	Poner atención, responder las pruebas psicológicas.	Ninguna.	Que el cuidador responda las pruebas.	Respuesta correcta a las pruebas.	Pruebas psicológicas y cuestionario. 25 min.
<b>Cerrar la intervención y agendar cita de seguimiento.</b>	Cierre de la intervención.	Explicar que el repositorio digital seguirá abierto y que se agendará una nueva sesión	Escuchar atentamente. Hacer preguntas.	Ninguna.	Que el cuidador indique en dónde puede encontrar el repositorio y	Reporte verbal.	Ninguno.  5 min.

		en un mes para monitorear cómo se ha sentido.			la fecha para el seguimiento.		
--	--	---	--	--	-------------------------------	--	--

*Sesión 9. Seguimiento de la intervención*

<b>Objetivo General: Realizar evaluación de seguimiento al mes.</b>							
<b>Duración: 1:30 hrs.</b>							
<b>Modalidad: Presencial.</b>							
Objetivo particular	Técnica o procedimiento	Actividades		Tareas	Criterios de cambio	Técnicas de evaluación	Materiales/ Tiempo
		Terapeuta	Usuario				
<b>El cuidador responderá a las pruebas estandarizadas.</b>	Evaluación de seguimiento.	Exponer las funciones e importancia de la evaluación. Aplicar pruebas Entrevista de Carga de Zarit [ECZ], Inventario de Afrontamiento COPE breve, Escala de Apoyo Social Percibido [MSPSS] y Escala de Autoeficacia General.	Poner atención, responder las pruebas psicológicas.	Ninguna.	Que el cuidador responda las pruebas.	Respuesta correcta a las pruebas.	Pruebas psicológicas.  25 min.
<b>Que el cuidador identifique si se le han presentado complicaciones al ejecutar lo aprendido en la intervención.</b>	Identificación de obstáculos.	Hacer y responder preguntas con respecto a los obstáculos que se le han presentado y cómo los resolvió o los intentó resolver.	Escuchar con atención, hacer y responder preguntas.	Ninguna.	Que el cuidador explique cómo aplicaría las técnicas correctamente para resolver las situaciones que se le presenten.	Reporte verbal.	Diario del cuidador y cuestionario sobre los aprendizajes.  20 min.
<b>Reforzar aciertos y corregir errores.</b>	Reforzamiento.	Identificar los aciertos que ha tenido al ejecutar las técnicas.	Escuchar con atención, hacer y responder preguntas.	Ninguna.	Que el cuidador sea capaz de identificar los errores y la manera de corregirlos, por	Reporte verbal.	Diario del cuidador.  20 min.

		Reconocer los errores al aplicarlas y corregirlos. Hacer y responder preguntas.			medio de sus propias palabras.		
<b>Identificar si la situación del paciente ha cambiado.</b>	Identificación de la situación del paciente y necesidades del cuidador.	Identificar la situación actual (remisión, recaída, fallecimiento, cambio de CPI, etc.), para reforzar aprendizajes y favorecer la generalización ante la situación actual. Si es necesario, ofrecer opciones de canalización.	Escuchar atentamente, hacer y responder preguntas.	Ninguna.	Que el cuidador mencione qué estrategias puede aplicar para su situación actual y cómo lo haría.	Reporte verbal.	Diario del cuidador.  15 min.
<b>Concluir con la intervención.</b>	Conclusión de la intervención.	Se procede con el cierre de la intervención, recordándole que tendrá acceso al repositorio digital por un año. Se agradece su participación y se concluye con la intervención.	Escucha atento, hace y responde preguntas.	Ninguna.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.  10 min.