



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

“Intervención cognitivo conductual, para disminuir
ansiedad y depresión en cuidadores primarios de
pacientes dializados y hemodializados”

REPORTE DE PRÁCTICA DE SERVICIO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Elsa López Domínguez

Director: **Mtra. Helene Judit López Rodríguez**

Dictaminador: **Lic. Liliana Moreyra Jiménez**



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 7 de diciembre de 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por haberme permitido llegar hasta este día y por darme la fortaleza para seguir adelante en los momentos de debilidad.

A ti papi +Héctor, te dedico este trabajo, porque sé que donde quiera que te encuentres estarás muy orgulloso de mí. Asimismo, agradezco infinitamente a mi madre la “abuela Amelia”; por su apoyo incondicional a lo largo de toda la carrera.

Agradecimientos infinitos a mi hijo Juan Daniel, primero por ser el motor que me impulsó para seguir adelante y poder ser para él un ejemplo de vida; y segundo: por ser mi instructor, secretario, profesor, etc.

Agradezco también a mi querida tía Yolanda, porque siempre estar ahí dispuesta a apoyarme en las buenas y en las malas.

Gracias L. E. Christopher Osuna Altamirano, Jefe de Enseñanza en Enfermería en el Hospital Regional del ISSSTE en la ciudad de Oaxaca; por haberme brindado la oportunidad y facilidades para realizar mi Manuscrito Recepcional con los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.

Gracias infinitas a los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados, porque no solo me han hecho crecer profesionalmente, sino porque me han dado grandes lecciones de vida.

Gracias a todos aquellos que creyeron en mí, especialmente a la Mtra. Lety; por el acompañamiento para lograr cristalizar mi sueño que era trabajar con cuidadores primarios. Agradecimientos a Rubén por haber contribuido a que yo pudiera llegar a la meta.

Agradezco a mi directora de manuscrito Mtra. Helene López Rodríguez por la confianza que depositó en mí, por haber compartido sus conocimientos, su tiempo y sobre todo por su amistad.

Agradecimientos a Yan, por motivarme en los momentos de desesperación para seguir adelante y por el apoyo recibido para la realización de este manuscrito; y a Leydi por su paciencia y por acompañarme para no hacer en solitario este proceso.

¡Gracias a todos los que, de manera voluntaria o involuntaria, participaron en mi formación profesional!

ÍNDICE

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
3. Psicología de la Salud.....	6
4. Insuficiencia Renal Crónica o Enfermedad Renal Crónica.....	8
4.1. Definición.....	9
4.2. Etiología.....	9
4.3. Diagnóstico.....	11
5. Epidemiología.....	13
6. Tratamiento.....	14
6.1. Tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal.....	15
6.2. Tratamiento sustitutivo de hemodiálisis.....	15
6.3. Tratamiento sustitutivo de trasplante.....	16
7. Impacto de la enfermedad en la familia.....	17
8. Cuidador primario.....	18
9. Estudios enfocados en el cuidador primario de pacientes dializados y hemodializados.....	20
10. Descripción de los principales trastornos que predominan en los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados: ansiedad y depresión.....	25
10.1. Trastorno de ansiedad.....	25
10.2. Trastorno de depresión.....	28
11. Intervención en el cuidador primario.....	31
12. Terapia cognitivo conductual.....	32
12.1. Técnicas de intervención cognitivo conductuales.....	34
12.1.1. Entrenamiento en respiración.....	34
12.1.2. Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.....	34
12.1.3. Entrenamiento en reestructuración cognitiva.....	34
12.1.4. Entrenamiento en autoinstrucciones.....	35
12.1.5. Entrenamiento en solución de problemas.....	35
12.1.6. Entrenamiento en habilidades sociales.....	36
12.1.7. Administración de tiempo.....	36
12.1.8. Psicoeducación.....	36
12.1.9. Detención del pensamiento.....	37
12.1.10. Desensibilización sistemática.....	37
13. Grupo de autoayuda como estrategia de intervención y apoyo social al cuidador primario...	37
14. Objetivo de la intervención.....	40
15. Metas del tratamiento.....	40
16. Variables dependientes e independientes, definición conceptual y operacional.....	40
17. Resultados instrumentales esperados.....	43
18. Instrumentos de medición.....	43

19. Hipótesis.....	44
20. Muestra.....	45
21. Participantes.....	45
22. Diseño de estudio.....	46
23. Escenario.....	46
24. Procedimiento.....	47
25. Análisis cuantitativos de los resultados del programa.....	48
25.1 Evaluación del tratamiento.....	49
25.2 Registros conductuales.....	55
26. Análisis cualitativos de los resultados del programa.....	63
27. Análisis teórico metodológico e implicaciones prácticas del programa.....	68
27.1 Aspectos teóricos.....	68
27.2 Aspectos metodológicos.....	70
28. Referencias.....	73
29. Anexos.....	78

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención cognitivo conductual, para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados. Participaron en este estudio 19 cuidadores de pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Regional "Presidente Juárez" del ISSSTE, ubicado en la ciudad de Oaxaca. Se evaluó el nivel de ansiedad y depresión pretest y posttest, mediante el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE y el Inventario de Depresión de Beck. La fase de intervención estuvo constituida por tres sesiones en las que se abordó el entrenamiento en técnicas de relajación, administración de tiempo, reestructuración cognitiva, solución de problemas y entrenamiento en autoinstrucciones. Para evaluar los cambios en los niveles de ansiedad y depresión; se utilizó un diseño ABA, donde "A" es la línea base del comportamiento del cuidador primario y "B" es la intervención cognitivo-conductual dirigida a los cuidadores; por último, se retiró el tratamiento, lo que implicó utilizar una fase A; esperando la modificación de los estados de ansiedad y depresión. Se aplicó la prueba de T de Student para muestras relacionadas, con el objetivo de identificar diferencias significativas entre los puntajes pretest y posttest de las variables ansiedad y depresión. Los datos permiten concluir que la intervención propició cambios cognitivos y conductuales que se reflejaron en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión

Palabras clave: cuidadores primarios, ansiedad, depresión, intervención cognitivo conductual, entrenamiento.

Abstract

The purpose of the present study was to design, apply and evaluate a program of cognitive behavioral intervention to reduce levels of anxiety and depression in primary caregivers of dialysis and hemodialysis patients. 19 caregivers of patients with Chronic Kidney Disease (CKD) of the Regional Hospital "Presidente Juárez" of the ISSSTE, located in the city of Oaxaca, participated in this study. The level of pretest and posttest anxiety and depression was evaluated through the Trait-State IDARE Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory. The intervention phase consisted of three sessions in which training in relaxation techniques, time management, cognitive restructuring, problem solving and self-instruction training was addressed. To assess changes in levels of anxiety and depression; an ABA design was used, where "A" is the baseline of the behavior of the primary caregiver and "B" is the cognitive-behavioral intervention directed to the caregivers; finally, the treatment was withdrawn, which involved using a phase A; waiting for the modification of the states of anxiety and depression. The Student's T test was applied for related samples, with the objective of identifying significant differences between the pretest and posttest scores of the variables anxiety and depression. The data allow us to conclude that the intervention led to cognitive and behavioral changes that were reflected in the decrease in levels of anxiety and depression.

Key words: primary caregivers, anxiety, depression, cognitive behavioral intervention, training.

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio, está enfocado en el diseño y aplicación de una intervención con Terapia Cognitivo Conductual para disminuir los niveles de depresión y ansiedad, en el cuidador primario de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) tratados con diálisis peritoneal y hemodiálisis.

La importancia de abordar el tema del cuidador primario, como refiere Morrison y Bennet (2008), es que el acto de cuidar a una persona tiene efectos físicos, psicológicos, sociales y emocionales sobre el propio cuidador. La mayoría de estudios se han centrado en investigar sobre la carga de cuidador, pero no se ha focalizado la atención de los trastornos de estrés, depresión o ansiedad, o el declive de la salud física, entre otros. La ansiedad y depresión surge de las demandas de los cuidados que emanan del paciente, lo que provoca un elevado nivel de responsabilidad, multiplicidad de tareas encomendadas, sobrecarga de trabajo, cambio de roles, que finalmente se convierten en fuentes generadoras de diversos trastornos.

El interés por el problema de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis; surge de la revisión bibliográfica exhaustiva sobre este tema, encontrando que existen pocas investigaciones en México en las que se hayan utilizado estrategias de intervención cognitivo conductual para disminuir las implicaciones que dicho problema tiene en la salud de los cuidadores. Por lo que es muy importante aportar información, que induzca a generar investigaciones a futuro que presten mayor interés sobre esta problemática que redunde no solo en la salud del cuidador de pacientes con diálisis peritoneal y hemodiálisis, sino en los altos costos que puede representar para las Instituciones de Salud y para todos aquellos involucrados en este contexto; pues tenemos que evitar que estos cuidadores se conviertan en enfermos crónicos.

3. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

A partir de haberse consolidado la definición de Psicología de la Salud por Joseph Matarazzo en 1980; en México se ha incrementado la investigación en este campo de la Psicología. Al mismo tiempo, se han apuntalado publicaciones como la Revista de Psicología y Salud de la Asociación Latinoamericana de la Psicología de la Salud; así como la Revista Latinoamericana de Medicina Conductual de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual. A su vez, grupos de académicos han fomentado la investigación mediante la creación de la Asociación Mexicana de Comportamiento en Salud (la cual edita la revista *Journal of Health Behavior and Social Issues*), o de la Red Nacional de Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación en Psicología de la Salud. Más aún, se han instaurado programas de posgrado en algunos Centros Universitarios, encaminado a la formación de investigadores de esta rama de la Psicología, que a futuro puedan incidir con procedimientos inequívocos en el ámbito de la salud pública.

Sin embargo, la tarea no es fácil; se requiere de un esfuerzo conjunto para sacar a la Psicología de la Salud del margen de desarrollo en que se encuentra, debido a que en el país no se han acatado formalmente las recomendaciones emitidas por la OMS sobre los esquemas de diagnóstico, intervención básica y orientadores de actuación para la atención de problemas de salud (Camacho y Galán, 2015).

A pesar de que el psicólogo de la salud se encuentra en franca desventaja frente a otros profesionales de la salud, debido a que en los principales marcos normativos en materia de salud se hace evidente una pobre caracterización de la psicología y por ende de los psicólogos. Cabe señalar que los psicólogos mexicanos han contribuido con trabajos teóricos o de investigación, ya sea de manera independiente o estableciendo alianzas con otros científicos abarcando tópicos en

Materia de Salubridad General como, por ejemplo: Art. 27. II. La prevención y control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes. Para el caso de cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal, etc., (Piña, 2004).

Camacho y Galán (2015), muestran el arduo trabajo desarrollado hasta la fecha por los investigadores en el ámbito de la Psicología de Salud, el cual se ha enfocado en diversos problemas de salud; a través de intervenciones rehabilitativas, revisión de diferentes estrategias y técnicas psicológicas para el manejo del dolor, estrategias de intervención psicoeducativa en pacientes con diabetes, comportamiento preventivo en torno al problema de salud del cáncer cervicouterino, diseño de ambientes hospitalarios no generadores de estrés, evaluación de estrategias de detección temprana de diabetes tipo 2 en el ámbito escolar, identificación del estrés agudo y crónico; y su relación con la ansiedad en individuos de centros urbanos; así como propuestas de estrategias para mejorar la calidad de vida de pacientes con Enfermedad Renal a partir de una metodología conductual y cognoscitiva de las creencias.

Por lo tanto, como una pequeña contribución al desarrollo de la Psicología de la Salud, el presente estudio se enfocará en un problema de salud como es la Enfermedad Renal Crónica y su tratamiento mediante diálisis peritoneal y hemodiálisis; solo que no para mejorar la calidad de vida del paciente, sino para incidir en la disminución de los trastornos psicológicos de los cuidadores de estos pacientes a partir de una metodología cognitivo-conductual.

4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA O ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA 8

Se llama Insuficiencia Renal al estadio en que los riñones dejan de trabajar o lo hacen, pero en un nivel muy bajo; originando una acumulación de líquidos y desechos químicos (toxinas) en el organismo. La insuficiencia renal se puede presentar de forma aguda, que si es tratada a tiempo y de forma adecuada es reversible. Igualmente, se puede presentar de forma crónica; que por lo tanto es irreversible; porque la función del riñón no se recupera y para sustituir dicha función se hace necesaria la utilización de la diálisis (Hidalgo & Montalvo, 2016).

El término Insuficiencia Renal Crónica (IRC) dentro de la nomenclatura nefrológica ha quedado en desuso, siendo sustituido por la expresión Enfermedad Renal Crónica (ERC), debido a que este padecimiento está considerado como un problema de salud pública; por su carácter epidémico y las complicaciones que de ella se derivan. Incluso, la Enfermedad Renal es considerada una enfermedad silenciosa; porque inicialmente no produce síntomas, sino hasta que se encuentra en una fase avanzada (Flores et al., 2009).

La ERC, también es considerada una enfermedad catastrófica debido al lento pero constante aumento en el número de casos, lo cual representa un alto costo financiero para las Instituciones de salud, aunado a ello; los recursos para su tratamiento, tanto humanos como de infraestructura son limitados. Por otro lado, si la enfermedad se detecta en forma tardía; presenta elevados índices de morbilidad y mortalidad dentro de los programas de terapia de reemplazo (Méndez-Durán, Méndez-Bueno, Tapia-Yáñez, Muñoz & Aguilar-Sánchez, 2010).

De ahí, la importancia de prestar atención a sus estadios iniciales; con el fin de ser detectada y tratada antes de que progrese a la fase de estadio final, en la que para no poner en riesgo la vida del paciente se hace necesario el uso de métodos de sustitución o de reemplazo como son la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal (Flores et al., 2009).

4.1 Definición

En el 2002, la Nacional Kidney Fundación establece en las Guías internacionales K/DOQI (Kidney Disease Out Comes Quality Initiative) la definición de Enfermedad Renal Crónica; que a la fecha continúa vigente. Quedando establecida como la anormalidad tanto estructural como de funcionamiento del riñón, que puede estar acompañada o no de la disminución de la Velocidad del Filtrado Glomerular (VFG) cuyo parámetro es menor de 60ml/min/1.73m² SC. De manera que; se presentan modificaciones en la composición de la sangre y orina debido a la presencia de marcadores de daño renal como son la albuminuria elevada, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones electrolíticas, de origen tubular o histológico y alteraciones en los estudios de imagen; cambios que se evidencian en un periodo de tres meses o más (Gorostidi et al. 2014). En consecuencia, las funciones de depuración y excretoras de residuos nitrogenados tóxicos, la regulación del equilibrio hidroelectrolítico y la regulación ácido-básica son deficientes (Ávila-Saldívar, 2013).

4.2 Etiología

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), es el resultado de una pérdida progresiva e irreversible del número de nefronas funcionales. Generalmente los síntomas clínicos comienzan a hacerse presentes, hasta que el número de nefronas funcionales disminuye a un 70 o 75 %. A medida que los síntomas clínicos se hacen más graves, el número de nefronas funcionales se reduce por debajo del 20-25 % de lo normal (Hall y Guyton 2011).

A decir de Hall y Guyton (2011), la ERC puede iniciar a causa de un trastorno de los vasos sanguíneos, los glomérulos, los túbulos, intersticio renal y la vía urinaria inferior. De forma general se mencionan algunos trastornos causales de enfermedad renal, como son la anemia drepanocítica, linfoproliferativa, disproteinemia, obstrucción uretral, hipertrofia prostática, radiación, hipertensión, cistinosis, oxalosis, nefropatía, ácido úrico, hipercalcemia, rechazo de aloinjerto renal, analgésicos, antiinflamatorios no esteroides, quimioterapia, ciclosporina, plomo, litio, anemia drepanocítica, enfermedad quística medular, Síndrome de Alport, nefritis intersticial cariomegálica, nefropatía por IgA, microangiopatía, diabetes, ateriitis de células medulares, entre otros (Cambell, 2007).

Por lo tanto, siendo una enfermedad que es originada por múltiples causas, se han señalado algunas de las que con mayor frecuencia provocan una enfermedad renal; como son la diabetes mellitus a la que se le responsabiliza del 49.3% de los casos de ERC, en tanto que a la hipertensión arterial y enfermedades de los grandes vasos se le atribuye el 26.9% % de los casos. Asimismo, originando un porcentaje menor de casos se encuentra la glomerulonefritis 8.9 %; glomerulonefritis secundaria a vasculitis 2. 2%; nefritis intersticial y pielonefritis 4.2 %; etiología incierta 3. 9 %; otras 4.1%, enfermedad quística hereditaria y congénita 3.2%; neoplasia y tumor 2.0 % y no especificada el 1 % (Cambell, 2007).

En el estudio de Méndez-Durán et al. (2016), se señalan las causas por las que han desarrollado enfermedad renal los pacientes en control por el IMSS, apareciendo en primer lugar la diabetes mellitus con un total 29 054 casos (52.7 %); como segunda causa se encuentra la hipertensión arterial con un total de 18 975 casos (34.4 %); en tercer lugar se señalan a las glomerulopatías con un total de 3951 casos (7.2 %); en cuarto lugar se menciona al riñón poliquistico con un total de

1142 (2.1 %), en quinto lugar se encuentran las causas congénitas con 875 casos (1.6 %) y finalmente por otras causas 1104 casos, (2 %).

Ahora bien, con respecto a las causas por grupo de edad se ha encontrado que, en pacientes menores de 40 años, la enfermedad renal es originada por glomerulosclerosis focal segmentaria, Lupus Eritematoso Sistémico, anormalidades congénitas del aparato urinario o glomerulonefritis membranosa. En pacientes de entre 40 y 55 años, las causas observadas son glomerulonefritis membrano proliferativa, la esclerodermia y la poliquistosis renal autosómica dominante. Mientras que, en pacientes mayores de 55 años, la enfermedad renal se debe a enfermedad ateroembólica, paraproteinemia, nefrosclerosis y nefropatía por analgésicos (Cambell, 2007).

4.3 Diagnóstico

Una Velocidad del Filtrado Glomerular (VFG) $< 60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$, es suficiente para establecer el diagnóstico de ERC, porque es indicativo de que la función renal se encuentra disminuida al 50 %, lo que desencadena complicaciones. Asimismo, si la VFG, es mayor o igual a $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$, se establece el diagnóstico en base a las evidencias de daño renal, como son las alteraciones urinarias, anormalidades, estructurales, entre otras (Flores et al., 2009).

Clasificación de Enfermedad Renal Crónica

- FASE 1. La VFG es normal; el paciente es diabético y presenta datos en orina de microalbuminuria.

- FASE 2. Existencia de un daño renal asociado, la VFG se encuentra ligeramente disminuida entre 89 y 60 ml/min/ 1.7 m², aunque el paciente no refiere sintomatología, por lo que el diagnóstico de se establece de forma circunstancial.
- FASE 3. Disminución moderada de la VFG entre 30 y 59 ml/min/ 1.7 m²; esta fase se divide en dos.
 1. Etapa temprana: la VFG es de 59 y 45 ml/min/ 1.7 m².
 2. Etapa tardía: la VFG es de 44 y 40 ml/min/ 1.7 m².

Los cambios en sangre muestran acumulación de sustancias tóxicas, por lo que presenta la uremia; así como complicaciones causadas por la hipertensión, anemia y alteraciones del metabolismo óseo.

- FASE 4. El daño renal está avanzado, la VFG se encuentra disminuida gravemente entre 15 y 30 ml/min/ 1.7 m², por lo que el riesgo de complicaciones cardiovasculares es alto.
- FASE 5. Insuficiencia Renal Crónica Terminal; la VFG se encuentra por debajo de 15 ml/min/ 1.7 m², por lo que en esta fase el único tratamiento es el de reemplazo.

La Enfermedad renal como toda enfermedad crónica es progresiva, por lo que previamente habrá transitado por diferentes estadios, lo cual depende de la etiología y las características propias del paciente (Ávila-Saldívar, 2013).

5. EPIDEMIOLOGÍA

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2015), mencionan que el 10 % de la población mundial padece Enfermedad Renal Crónica, misma que puede ser prevenible pero no tener cura.

En México, no se cuenta con un registro Nacional de datos de pacientes renales; que muestre el comportamiento epidemiológico de la enfermedad renal, por lo que se retoman los datos aportados por el Instituto Mexicano del Seguro Social; que es la Institución de Salud que mayor cobertura brinda a pacientes con diálisis (Méndez-Durán et al, 2010).

Al respecto, Méndez-Durán et al. (2016), refiere que el IMSS brinda terapia sustitutiva de la función renal al 73% del total de pacientes que se encuentran en tratamiento de diálisis en México. De estos, en la modalidad de diálisis peritoneal el 59 % y en la modalidad de hemodiálisis el 41%. También señaló que de los aproximadamente 120 millones de habitantes que tiene México, al menos 12 millones cursan con algún grado de daño renal. La incidencia general reportada es de 124 casos por cada millón de usuarios, de los cuales, el mayor número de casos se concentra en los estados de Jalisco, Estado de México Oriente y Distrito Federal Sur. En tanto que los estados con un menor número de casos son Campeche, Zacatecas y Baja California Sur.

A su vez, la Sociedad Latinoamericana de Nefrología en el 2011, reportó que un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes ha recibido algún tratamiento de sustitución renal (OPS/OMS, 2015).

Por otra parte, las proyecciones efectuadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, han previsto que del año 2000 hasta el 2025; al menos un millón de pacientes con ERC necesitarán diálisis, habiendo estimado un crecimiento anual del 8 % (IMSS, 2014).

Asimismo, México en el año 2007, se ubicó en el top 11 de los países latinoamericanos, con una tasa de mortalidad por falla renal de 12.0 por cada 100 000 habitantes (OPS/OMS, 2014).

De igual manera, Méndez-Durán et al. (2010) mencionan que la ERC es una de las 10 causas de mortalidad general en el IMSS, ocupando el sexto lugar como causa de defunción en la mujer en edad reproductiva (20 a 59 años) y el octavo lugar en el hombre.

Sin duda, la ERC implica un gran desafío, por lo que el IMSS en sus proyecciones prevé un aumento en el número de consultas; de un total 839,014 en el 2009, para el 2040 se espera que aumente a 1.950,645 consultas, con un descenso en 2050 a 1.360,691 (IMSS, 2009).

De igual modo, de un total de 13,725 pacientes con tratamiento en 2009, se pronostica un aumento hacia el 2040 con un total esperado de 34,143 pacientes; observándose un descenso en el 2050 con un total esperado de 24,193. Respecto a los casos de hospitalización; en el 2009 se presentaron un total 73,368 casos de hospitalizados, este se incrementará en el 2040 a 181,173 casos, que a su vez disminuirá en 2050 a un total de 125.974 (IMSS, 2009).

Aunado a lo anterior, en lo que se refiere al costo del tratamiento y su efecto en el gasto de padecimientos de alto impacto financiero; en el 2013 el gasto devengado de un total de pacientes en las diferentes modalidades de diálisis fue de 5 608 290 662 de pesos mexicanos, superando los gastos de cáncer de mama, cervicouterino y VIH (Méndez-Durán et al., 2016).

6. TRATAMIENTO

Para establecer el tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica, Osuna (2006) menciona que es necesario identificar los aspectos clínicos y bioquímicos que se utilizarán como criterios para fundamentar el tratamiento sustitutivo.

Estos son:

- BUN (nitrógeno ureico en sangre): 100 mg/dL.
- TFG: 100 mL/min.
- Datos de síndrome urémico, hiperpotasemia, acidosis metabólica, depresión y sobrecarga hídrica.
- Existencia de signos y síntomas como la disminución del apetito, pérdida de peso, trastornos del sueño y prurito.

El tratamiento de reemplazo renal abarca la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal.

6.1 Tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal

Este proceso consiste en la introducción de una sustancia dializante estéril en la cavidad peritoneal, durante el periodo que indique el médico tratante, para que los productos finales del metabolismo y el líquido extracelular se difundan hacia la solución de diálisis. Una vez que termina el tiempo prescrito, se drena el líquido de diálisis fuera de la cavidad peritoneal. En el caso de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DCPA) se lleva a cabo por gravedad; mientras que la Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA), se realiza con una máquina. Las soluciones de diálisis contienen concentraciones de dextrosa al 1.5, 2.5 y 4.5%. La glucosa contenida en la solución de diálisis genera un gradiente osmótico en el proceso de ultrafiltración (Osuna, 2016).

6.2 Tratamiento sustitutivo de hemodiálisis

Osuna (2016), refiere que este tratamiento está compuesto de tres partes: un compartimento con sangre, un compartimento con líquido dializante y una membrana de celofán que es semipermeable cuya función es separar los compartimentos. Esta membrana permite la libertad de movimiento de las moléculas en ambas direcciones, es decir; de la sangre hacia la solución de diálisis y viceversa, excluyendo a las células de la sangre y las proteínas plasmáticas. La dirección que toma el flujo dependerá de la concentración de sustancias contenidas en las dos soluciones, cuando las condiciones son normales los productos de desecho se difunden hacia la solución de diálisis. Para acceder al sistema vascular, se recurre a un cortocircuito arteriovenoso externo o una fístula arteriovenosa interna. El tratamiento con hemodiálisis se realiza tres veces por semana, en sesiones que duran alrededor de tres a cuatro horas.

6.3 Tratamiento sustitutivo: trasplante

El trasplante renal es un proceso en el que se coloca el riñón de una persona sana o donador cadavérico a un paciente con enfermedad renal crónica que sea candidato a trasplante. El riñón se coloca en la parte baja del abdomen y se conecta a vena del injerto, a la arteria iliaca exterior y a la vena iliaca del paciente; fluyendo así la sangre a través del riñón trasplantado, dando inicio a sus funciones como es el de secretar eritropoyetina, producir orina, etc., (Osuna, 2016).

Ledon (2011), menciona que las enfermedades crónicas como es el caso de la Enfermedad Renal; además de afectar el proceso de adaptación del paciente, provoca demandas excesivas de la capacidad de adaptación de la familia; ya que es en el seno familiar donde se satisfacen las demandas que surgen de los estados de dependencia de una enfermedad crónica.

Al respecto, Azcarate-García, Ocampo-Barrio y Quiroz-Pérez (2006) refieren que, la Enfermedad Renal Crónica propicia que se genere un alto grado de estrés dentro del ámbito familiar, incluso se modifican las jerarquías, los territorios, pactos o alianzas, la interacción y las funciones instituidas por la propia familia, debido a que la atención se centra en el enfermo.

Asimismo, Arechabala et al. (2011) refieren que la repercusión de una enfermedad crónica al interior del núcleo familiar conlleva problemas económicos, alteración de los roles y cansancio. Añaden, que estas repercusiones adquieren mayores dimensiones cuando se tiene a cargo el cuidado de un paciente con ERC, ya que las funciones que la familia realiza cambian de ordinarias a extraordinarias, derivado del tratamiento de la función renal a la que se somete al paciente, tanto en el hogar como en el centro de diálisis. Más aún, estar al cuidado de un familiar enfermo, puede generar descuido de la salud, aislamiento, disminución de las actividades sociales, incremento en la carga de trabajo, cambios en las relaciones con los pacientes, problemas sexuales, complicaciones que se pueden exacerbar si el periodo de cuidados es prolongado.

Junto a esto, Polaino-Lorente, Martínez y Del Pozo (2000) añaden que el impacto de la enfermedad en la familia, puede llegar a suscitar un alto grado de ansiedad en algunos de sus miembros. El hecho de que esta se prolongue, podría traer como posibles consecuencias la aparición de pequeños y grandes conflictos entre la familia. De ahí que, es probable que las discusiones y la incomunicación obstruyan los canales de comunicación, para dar lugar a una mutua incompreensión y a la ruptura familiar. Finalmente, todos pierden y nadie gana: por tanto, puede ser

que la familia se desnaturalice y el enfermo evolucione desfavorablemente; en consecuencia, el núcleo más afectado sea la familia.

En el proceso de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), la familia cumple un papel fundamental, ya que garantiza la supervivencia, el cuidado y la estabilidad psicológica de sus integrantes. Por lo tanto, es una red de apoyo social cercana y de fácil acceso, sin embargo; puede llegar a ser que subsistan al interior conflictos familiares que fracturen las relaciones de sus miembros. (Aymara & Castañeda, 2006).

A decir de Expósito (2008), la enfermedad terminal como la ERC es la que mayormente desencadena crisis en las familias, debido a la progresión de la enfermedad y a la satisfacción de las necesidades del paciente, dichas crisis proceden de la falta de equilibrio de los recursos del núcleo familiar y cómo viven la enfermedad. A pesar de ello, en la mayoría de los casos la familia cumple con el deber moral de cuidar a su paciente derivado de los lazos de parentesco que los unen. Por consiguiente, del sistema familiar emerge la figura del cuidador primario, sea el cónyuge, hijo, hermano o familiar más cercano; quien será el encargado de atender no solo las necesidades físicas sino emocionales del paciente, papel que adquiere gran trascendencia dentro del núcleo familiar, porque puede favorecer la organización y cohesión de sus miembros.

8. CUIDADOR PRIMARIO

La Organización Mundial de la Salud en 1999, definió que el cuidador primario es aquella persona del entorno de un paciente que asume por voluntad propia el papel de responsable del

mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por y para el paciente, ya sea de forma directa o indirecta (Camacho & Galán, 2015).

Por tanto, los pacientes con Enfermedades Renales Crónicas que son sometidos a tratamiento de reemplazo con diálisis o hemodiálisis requieren indudablemente del apoyo familiar y particular de un cuidador para cubrir sus necesidades básicas y realizar sus actividades diarias; debido a que el paciente con ERC se encuentra en situación de dependencia de cuidados. Sin embargo, es importante identificar a la persona que proporcionará dichos cuidados no profesionales, dado que ser cuidador implica una sobrecarga física, psicológica y social. De ahí que, el cuidador primario debe ser considerado un receptor de cuidados; debido a que abandona sus roles sociales para cumplir con el rol de cuidador, lo que provoca en este alteraciones físicas, psicológicas, sociales y laborales (Expósito, 2008).

A decir de Covarrubias (2016), el cuidador primario se involucra en el cuidado de un enfermo sin tener claro cuál es el rol que habrá de ejercer, desconociendo el manejo del tratamiento del enfermo; y más aún, desconociendo cómo manejar las alteraciones físicas, emocionales y sociales que presentará en algún momento de su labor asistencial, lo que lo llevará a sufrir el llamado Colapso del Cuidador; este colapso se refiere a una serie de situaciones estresantes que se derivan de estar al cuidado de alguien. Cuando se habla del efecto que produce el cuidar a una persona, se delimitan los componentes objetivos y subjetivos, es decir; se entiende por sobrecarga objetiva todo lo relacionado con la ejecución de las funciones, en tanto que la sobrecarga subjetiva es la respuesta emocional del cuidador, ante la práctica de cuidar.

Sumado a lo anterior, Astudillo y Mendinueta (2008), refieren que efectivamente, la labor asistencial que el cuidador primario proporciona al enfermo si se prolonga demasiado tiempo; conlleva a que el cuidador se sienta cansado, aislado socialmente, fracasado, deprimido, con baja

autoestima, falta de energía y desgastado emocionalmente. Asimismo, estos cuidadores pueden llegar a vivir conflictos en el área familiar, personal y social, sufrir carencia de estima y afectación de sus proyectos de vida (Moure, 2011).

9. ESTUDIOS ENFOCADOS EN EL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS

Ramos del Río y Jarillo (2014), efectuaron un estudio cualitativo a cuidadores de personas con ERC tratados con hemodiálisis, la caracterización sociodemográfica de la muestra fue una media de edad de 44 años, rango de 27 a 64 años, 100 % mujeres, casadas el 80 %, amas de casa el 95 %, de baja escolaridad 80 % sólo primaria y 2.4 años a cargo del cuidado del paciente. Mediante este estudio, concluyeron que en México las políticas de salud no incluyen el cuidado y apoyo a cuidadores; ya que estos son invisibles para Sistema de Salud o para las Instituciones; incluso; hasta para la familia, ya que solamente se hacen visibles cuando no hay quien se encargue del cuidado del enfermo en situación de dependencia. Además, consideraron que el papel de cuidador es ya una problemática social, porque a ha pasado de ser una actividad esporádica en cualquier etapa de la vida, a ser una situación cotidiana de larga duración. Debido a una mayor esperanza de vida, al rápido envejecimiento de la población y al incremento de las enfermedades crónicas degenerativas, neurodegenerativas y discapacidades; lo que trae como consecuencia que haya un mayor número de personas en situación de dependencia.

Por su parte, Rivera, López, Sandoval y Gómez (2013), analizaron el impacto de la diálisis peritoneal continua ambulatoria en una muestra de pacientes y sus cuidadores primarios, en

términos de estrategias de afrontamiento, desajuste psicológico, calidad de vida y otras variables asociadas al soporte social. Encontrando que, en cuanto a las características sociodemográficas de los cuidadores, estas son similares a las que se reportan en otros países; la edad media fue de 53.5 años y el sexo más frecuente del cuidador fue el femenino. Principalmente se encontraron similitudes entre las estrategias de afrontamiento utilizadas tanto por pacientes como por cuidadores. Se observó en este estudio una actitud emocional compensatoria, cuando alguno de la diada paciente-cuidador disminuye una estrategia el otro la incrementa. De ahí, que se sugiere diseñar intervenciones que aumenten la autoeficacia de afrontamiento de la diálisis peritoneal.

A su vez, Quintero y Valdés (2013), efectuaron un estudio en el estado de Sonora, en 73 cuidadores primarios de pacientes con tratamiento de hemodiálisis, para identificar los estilos de afrontamiento y sobrecarga de los cuidadores, hallando los siguientes resultados: el rol de cuidador por lo general lo desempeña un familiar, que en su mayoría son mujeres, proporciona cuidados de tiempo completo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, dichos cuidados los proveen por amor, el rango de edad de estos cuidadores fue de entre 11 y 80 años con una edad promedio de 44 años, la mayoría son casados, el parentesco con la persona a cargo es de esposa (52 %) y el de hijo (a) (34.2 %), referente a la ocupación el 67.1% se dedica a las labores del hogar. Ahora bien, respecto a la sobrecarga de trabajo, del total de 73 participantes en el estudio, el 30% presenta sobrecarga intensa, en tanto que en el 28% la sobrecarga es moderada; lo que provoca en los cuidadores estrés, cansancio, dolores psicósomáticos, agotamiento de recursos emocionales, insatisfacción personal. Al mismo tiempo, las estrategias de afrontamiento utilizadas son el análisis lógico, resolución de problemas y la contención emocional.

Asimismo, Licona, López y Del Castillo (2015), realizaron un estudio con cuidadores primarios de pacientes con ERC en tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis. Se analizaron el nivel

de estrés, estilos de apego y estrategias de afrontamiento, encontrando que los cuidadores presentaban niveles moderados de estrés percibido, nivel moderado de apego ansioso y que utilizaban como estrategia de afrontamiento la solución de problemas.

Es importante mencionar que después de una revisión exhaustiva de la bibliografía, existen pocos estudios enfocados en el cuidador primario de pacientes en tratamiento con diálisis y hemodiálisis, coincidiendo con Licon, López y Del Castillo (2015), respecto que en población mexicana no se han llevado a cabo suficientes estudios que muestren el perfil del cuidador primario de pacientes con enfermedad renal dializados y hemodializados. El estudio de Licon, López y Del Castillo, es de los pocos que ha abordado al cuidador en este contexto y aporta información valiosa, sobre los problemas psicoemocionales del cuidador primario en México.

En cambio, en un estudio efectuado por Guevara, Hernández, Iraheta (2016) en El Salvador, se investigaron las necesidades de autocuidado de familiares cuidadores/as de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, encontrando que la situación del cuidador es similar a la situación que presenta el cuidador primario de pacientes con diálisis y hemodiálisis en México. El sistema de salud de dicho país, está centrado en los aspectos curativos y preventivos de las enfermedades terminales, por lo que no incorpora la salud mental como soporte importante de la salud integral. De ahí que, en El Salvador el cuidador de pacientes renales no haya sido investigado ni tratado, porque la atención se ha focalizado en el paciente. Otros datos relevantes encontrados en esta investigación son que el cuidador busca obtener información para el cuidado del paciente, y no para sí mismo. Por otra parte, el estado de ánimo de los pacientes como son la irritabilidad, enojo y tristeza, afectan el estado emocional de los cuidadores. Aunado a lo anterior, la sintomatología que presentan los cuidadores son dolor de espalda, dolor de cabeza, insomnio, dolor de cuello y síntomas relacionados con el síndrome del cuidador. El cual se caracteriza por un conjunto de

alteraciones físicas, psicológicas y sociales; como son las dolencias propias de la edad, y por esfuerzo y sobrecarga física, disminución del sueño, alteraciones musculoesqueléticas, insomnio, depresión, ansiedad, alejamiento de los vínculos sociales, laborales y lúdicos, así como la aparición de conflictos familiares por reparto de tareas, gastos, entre otros, lo que puede provocar sentimientos de soledad (Peón, 2004). Además, el ingreso económico insuficiente, también es motivo de preocupación y estrés en el cuidador. Cabe destacar, que el 25% de la muestra de este estudio, refirió tener necesidades de charlas sobre el cuidado de uno mismo, el 19% de necesidades de recreación y el 15% de terapia grupal.

Por otra parte, en este estudio se propuso un programa de fortalecimiento de salud mental del cuidador, enfocándose en áreas como el conocimiento de la enfermedad, prevención y cuidados del paciente; reconocimiento, aceptación, control y manejo de emociones propias y del paciente; manejo y disminución de estrés; recreación y terapia ocupacional; apoyo grupal, plan de vida; afrontamiento y manejo del futuro duelo.

A su vez, Velázquez y Espín (2014), realizaron un estudio descriptivo en una muestra de 24 cuidadores, sobre repercusión social y carga en el cuidador informal de personas con Insuficiencia Renal Crónica; encontrando que predominaron las mujeres con el 87 %, casadas el 54,1 %, el 50 % con escolaridad de nivel medio superior y 37.5 % eran trabajadores y un 33 % amas de casa; asimismo el 66% de los cuidadores no tenía experiencia previa en el cuidado de un enfermo. El 87% utilizaba estrategias de afrontamiento centrados en el problema y en las emociones, en tanto que; el 91% presentó problemas de salud como trastornos psíquicos, cefaleas, hipertensión arterial, problemas cardiovasculares y osteomusculares. Más aún, el 54.1% llevaba más de 5 años al cuidado de un enfermo, el 95.8% cuidaba a tiempo completo. Aunado a ello, el 100% de los cuidadores presentaron trastornos de ansiedad y depresión identificados mediante el Inventario de

Autovaloración de Depresión Estado IDERE y el Inventario de Ansiedad Estado IDARE, en su mayoría los niveles fueron altos; manifestaron también sentimientos de angustia, miedo, soledad e irritabilidad. Respecto a las afectaciones de tipo socioeconómico; expresaron falta de tiempo libre, dificultades en el apoyo percibido, conflictos en las relaciones sociales, problemas económicos, laborales y sociales. En cuanto a la carga de trabajo, la mayoría de cuidadores no exteriorizó si la presentaban.

En Cuba, Moure (2011) efectuó un estudio para identificar las manifestaciones de ansiedad, depresión e ira en el cuidador principal de pacientes con tratamiento hemodialítico, para lo cual utilizó el Inventario de Depresión Rasgo-Estado IDERE y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE; así como el Inventario de Expresión de Ira (STAXI-2). En este estudio, la mayoría de los cuidadores conoce de forma general la enfermedad renal, así como las repercusiones psicológicas que tiene en su paciente. Además, no se observa en el cuidador habilidades de autocuidado, porque se concentran en proteger al paciente, olvidándose de cuidar su salud y bienestar, de ahí que; las medidas higiénicas, la alimentación adecuada, el manejo del estrés, las habilidades para establecer relaciones sociales, resolver problemas interpersonales, ejercicio, actividad física, recreación, manejo de tiempo libre, diálogo, control y reducción de consumo de medicamentos, no ocupan un lugar en sus tareas diarias. También el 75% de la muestra refiere que no mantiene una buena relación con su familiar o paciente, derivado de los pequeños conflictos y discusiones que surgen y van dañando la relación. Añaden que el apoyo de la familia es nulo, lo que implica una sobrecarga de sus tareas. El 90% de los cuidadores es la figura más cercana al enfermo, lo que origina que se sientan olvidados por sus familiares, sin apoyo emocional, carentes de afecto, atención o reconocimiento por su trabajo.

En cuanto a la evaluación de la presencia de ansiedad, los valores encontrados muestran que un 65% de los cuidadores presenta valores altos de ansiedad como rasgo y como estado, sobre todo en aquellos cuidadores cuyo rol lo han ejercido por más de 5 años.

Mientras que en la evaluación de la presencia de depresión como rasgo el 45% de la muestra presentó valores altos y un 41.7% valores moderados; y la depresión como estado mostró valores altos 43.3% y valores moderados 33.3%.

La ira como rasgo obtuvo un 46.6%, que corresponde a un nivel elevado, el nivel moderado fue de 36.6%. En tanto que, la valoración de ira, se encontró en un nivel moderado 45%.

10. DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS QUE PREDOMINAN EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES DIALIZADOS Y HEMODIALIZADOS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Moure (2011) menciona que, los estados emocionales que predominan en los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados, son altos niveles de depresión y ansiedad.

10.1 Trastorno de Ansiedad

La ansiedad es una experiencia emocional a la que cualquier persona se ve expuesta en varias ocasiones, sobre todo cuando enfrenta cambios en los eventos de su vida cotidiana, ya sea en el ámbito, familiar o laboral. Es decir, son respuestas ante cualquier situación que generan

incertidumbre o representan un peligro indefinido ya sea externo o interno, confuso e imaginario (Rodríguez, 2008).

A decir de Jarne et al. (2006) la ansiedad se define como el estado subjetivo en que la persona siente incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma; lo que le provoca molestias.

A su vez, Rodríguez (2008) menciona que se observan signos y síntomas que afectan los sistemas de respuestas del individuo, tanto en el área motora, como en las áreas cognitiva y fisiológica.

a) Área motora:

Lentitud motora y torpeza de movimientos.

Inquietud, hiperactividad y tics nerviosos como rascarse o morderse las uñas.

Reacciones de sobresalto.

Irritabilidad, poca tolerancia a la frustración y agresividad.

Tartamudeo y dificultad en la comunicación verbal.

Dificultad para conciliar y mantener el sueño.

Evitación y escape.

Aislamiento social.

Conductas de riesgo: tabaquismo, abuso

b) Área cognitiva:

Preocupación frecuente, intensa y sin motivo.

Miedo o temor desmesurado, irracional e injustificado.

Anticipación de temor a situaciones valoradas como amenazantes.

Ideas negativas, irracionales, recurrentes e inquietantes.

Disminución de la atención, concentración, aprendizaje y memoria.

Dificultad para la toma de decisiones.

Pérdida de confianza en sí mismo.

Sensación de pérdida de control sobre el entorno.

Sensación de despersonalización, distanciamiento e irrealidad.

Sentimiento de inferioridad e incapacidad.

Sensación de desorganización.

Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas., bulimia, etc.

c) Área fisiológica:

Sistema Nervioso: cefaleas, mareos, vértigo, alteraciones visuales, amnesia.

Sistema Autónomo Simpático: sofoco, sensación de calor, sudoración excesiva, sequedad de boca, rubor facial, escalofríos.

Sistema cardiovascular: taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, opresión torácica.

Sistema digestivo: dificultades para respirar (disnea), respiración acelerada y superficial (hiperventilación), disfonía.

Sistema digestivo: dificultades para tragar (disfagia), dolor abdominal, náuseas, vómito, diarreas, estreñimiento.

Aparato locomotor: tensión muscular, temblores, hormigueo, parestesias, dificultades de coordinación, fatiga o debilidad muscular.

Sistema genitourinario: disuria, amenorrea o dismenorrea, dispareunia, disminución del deseo sexual, eyaculación precoz o retardada y disfunción eréctil.

Por su parte, Pérez (2014) refiere que los síntomas generales del estado de ansiedad se resumen en hiperactividad autonómica como sudoración y palpitaciones; tensión motora que se manifiesta mediante dolor de cabeza y taquicardia y estado hiperalerta que se exterioriza como irritabilidad. Por tanto, al ser una patología con tendencia a la cronicidad, que en su forma grave requiere de un tratamiento que combine farmacoterapia y psicoterapia, dentro de esta última se engloban las

técnicas de terapia cognitivo conductual como el entrenamiento en relajación; además del apoyo social.

A su vez, Nezu, et al. (2006) refiere que la intervención en el individuo con ansiedad, tiene como objetivo en el área cognitiva disminuir la preocupación, la dificultad para controlarla; aunque es común que la persona no sea consciente de las ideas que tiene sobre esta. Por consiguiente, mediante el entrenamiento en reestructuración cognitiva se pueden identificar los pensamientos automáticos distorsionados y suposiciones disfuncionales, por tanto, el individuo aprende a identificar las distorsiones cognitivas catastróficas, generalizaciones, adivinación o pensamientos dicotómicos; de ahí que el entrenamiento implique alterar el procesamiento distorsionado de información. Asimismo, la terapia en resolución de problemas ayuda al paciente a definir mejor su problema de preocupación y permite generar varias alternativas de solución. Por lo que se refiere al área fisiológica, para aminorar los síntomas somáticos de la ansiedad, se entrena al paciente con diferentes técnicas de relajación como son: relajación muscular progresiva de Jacobson respiración diafragmática, imágenes positivas guiadas, meditación y biorretroalimentación. En cuanto al área motora, se entrena al paciente en el manejo de comportamientos evitativos, porque refuerzan la preocupación, para ello se utilizan las técnicas anteriormente mencionadas, relajación, autoinstrucciones, solución de problemas, además de el modelado y el ensayo conductual.

10.2 Trastorno de Depresión

La depresión se caracteriza por ser un trastorno mental, cuyas manifestaciones son tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño y del apetito, cansancio y falta de concentración. Es un trastorno que tiende a la cronicidad y a ser recurrente; por tanto, afecta el desempeño laboral, escolar y disminuye las habilidades para afrontar

las situaciones de la vida diaria (OMS, 2016). A decir de Márquez y Garatache (2009), también se caracteriza por síntomas que van de menor a mayor como la fatiga, la irritabilidad, la indecisión y retirada social, además de ideas suicidas.

De ahí que, Pérez (2014) menciona que, para una mejor comprensión de los síntomas depresivos, estos se pueden agrupar en:

a) Fundamentales.

Estado de ánimo: tristeza e irritabilidad

Anhedonia.

b) Somáticos.

Alteración del sueño; alteración del peso, fatigabilidad/astenia, alteraciones sexuales, quejas somáticas.

c) Conductuales.

Alteraciones cognitivas: alteración/concentración, memoria.

Alteraciones psicomotoras: inhibición/agitación, descuido en el cuidado personal.

d) Pensamientos.

Ideas relacionadas con: fracaso, culpa, desesperanza, ruina, catástrofe, inutilidad, muerte, suicidio.

Por ello es claro que, la depresión al tratarse de un trastorno psicológico grave, impacta en los pensamientos, sentimientos y la capacidad de la persona para desempeñarse en la vida diaria (Márquez & Garatache, 2009).

La depresión es un trastorno psicológico que se presenta con mucha frecuencia, por tanto, para considerar que se está padeciendo un estado depresivo, no basta con sentirse triste; el DSM-V, señala que para estimar que el individuo está padeciendo un Episodio Depresivo Mayor, deberán estar presentes cada día durante 2 semanas al menos cinco síntomas de un grupo de nueve, uno de los cuales tendrá que ser: estado de ánimo deprimido o pérdida constante de interés o placer;

además de ganancia o pérdida significativa de peso, insomnia e hiperinsomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de poca valía o culpa excesiva, dificultad para concentrarse o toma de decisiones (APA, 2014).

Por tanto, para restablecer el estado de ánimo negativo, la pérdida de interés en actividades placenteras, incluso debilitar la ideación suicida o intentos activos, los objetivos estarán enfocados en reducir los pensamientos disfuncionales, mejorar la capacidad de resolución de problemas, incrementar las habilidades de autocontrol, acrecentar el reforzamiento positivo y aumentar las habilidades sociales.

Por esa razón, las estrategias de intervención para disminuir los factores cognitivos disfuncionales, están basados en los principios cognitivos de reestructuración, que a su vez implica utilizar estrategias específicas de terapia como la Terapia Racional Emotiva y el Entrenamiento en autoinstrucciones. Asimismo, la utilización de la terapia de resolución de problemas, se centra en cambiar los factores que afectan de forma negativa la visión general del problema y autoevaluación de la capacidad para resolverlos. Del mismo modo, para mejorar la habilidad de autocontrol, se desarrolla la capacidad del individuo para alcanzar el logro de metas por medio de tres procesos secuenciales, automonitoreo, autoevaluación y autorrefuerzo. También, se puede mantener el nivel de actividad del individuo mediante el refuerzo positivo, es decir mejorando las habilidades sociales insertándolo en actividades que mejoren la calidad y cantidad de las interacciones con su ambiente, entrenándolo en técnicas de relajación, automanejo cognitivo, habilidades para controlar el estrés y retroalimentación para disminuir la intensidad y frecuencia de los sucesos aversivos (Nezu, et al., 2006).

Dentro de las variables psicosociales que predisponen a la depresión se encuentran los estilos de personalidad, pensamientos pesimistas, baja autoestima, sentimientos de bajo control sobre la

propia vida, particularmente tras eventos estresantes, pérdidas significativas en la vida, problemas económicos y dificultad en las relaciones sociales, entre otros (Márquez & Garatache, 2009).

11. INTERVENCIÓN EN EL CUIDADOR PRIMARIO

En el Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona de la 69^a Asamblea Mundial de la Salud, de la OMS (2016), dentro del enfoque estratégico se responsabiliza y hace partícipe a los cuidadores informales para que cumplan la prestación de asistencia sanitaria, pero también se establece que deberán ser capacitados adecuadamente para poder realizar actividades asistenciales de calidad, asimismo, se enfatiza que los cuidadores tienen sus propias necesidades de realización personal y de apoyo afectivo, por lo que las opciones de política e intervención son la capacitación a cuidadores informales, redes de cuidadores informales, grupo de apoyo mutuo de pacientes expertos y asistencia de relevo.

Lo cual implica, que para ayudar al cuidador primario es importante involucrar desde el principio a la familia en los cuidados asistenciales, valorar las necesidades del cuidador, planear relevos para sus descansos, hacer un reconocimiento de su labor empezando por el núcleo familiar, entorno social y equipo de salud. Involucrar a vecinos o amigos que estén dispuestos a colaborar para que descanse y tenga tiempo para distraerse, pasear, salir a comer, etc. Incluso se sugieren las terapias de grupo como una opción para brindarle técnicas de autocontrol y de afrontamiento de problemas (Astudillo & Mendinueta, 2008).

Por consiguiente, Camacho y Galán (2015), mencionan algunas estrategias de intervención psicológica para prevenir el desgaste del cuidador primario de pacientes con ERC y son: el

entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva y psicoeducación.

12. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Los exponentes del modelo conductual concuerdan en que las conductas se pueden aprender, desaprender, mantener y modificar a través de la investigación científica, la especificación y perfeccionamiento de la intervención indicada; y de resultados susceptibles de medición. La terapia conductual es, por lo tanto, un modelo científico que propone respuestas sobre cómo alcanzar cambios de conducta, emociones y pensamientos, dado que está basado en la evidencia empírica.

Por otro lado, la terapia cognitiva promueve que los procesos cognitivos son agentes mediadores de cambios de comportamiento; teniendo como base fundamental las creencias de los individuos. Por lo que, en dicha terapia es necesario estructurar el tratamiento, es decir; para llevarlo a la práctica se deberán seguir ciertos pasos. Además, es directivo, porque el terapeuta va conduciendo la labor terapéutica, y es tratamiento limitado en tiempos; debido a que se planea para llevarlo a cabo en un tiempo determinado.

Asimismo, en una revisión que hiciera Albert Ellis sobre la evolución de la psicoterapia conductual; argumentó que, al incluir estrategias de reestructuración cognitiva en la terapia, se obtenían mejores resultados, logrando cambios de actitud que se mantuvieron en el tiempo. Aunado a ello, Aaron Beck estudió las distorsiones negativas que se asociaban a la depresión, demostrando con sus investigaciones por demás rigurosas, los vínculos que se establecen entre ambas

psicoterapias. Por consiguiente, difícilmente se encontrará un procedimiento psicoterapéutico que no incluya las cogniciones o la modificación de la conducta.

Por ello es claro que, la terapia conductual no sólo se utiliza para re-educar las conductas observables externas, sino en conjunción con la terapia cognitiva modifican los eventos privados o cognitivos como son los pensamientos.

En síntesis, se puede decir; la Terapia Cognitivo Conductual tiene dos elementos esenciales de intervención y son: las cogniciones o pensamientos y las conductas que se manifiestan de las creencias irracionales.

En consecuencia, la TCC fundamenta científicamente sus principios metodológicos, centrándose en los acontecimientos o problemas inmediatos o actuales, proponiendo pautas de cambio para intervenir directamente sobre las cogniciones, es decir; sobre las emociones o pensamientos previamente delimitados, lo que a su vez permite la modificación de las conductas que surgen de las creencias irracionales. Asimismo, describe los problemas específicos para generar su definición, evaluación y tratamiento. Además, detalla de forma imparcial el proceso de cambio, con el fin de que se pueda replicar la estrategia utilizada. Por último, cabe señalar, que la investigación es primordialmente su fuente de trabajo (Kort, 2006).

De manera que, la psicoterapia cognitivo conductual ayuda a explicar la causa de un problema, es decir; da un sentido diferente a lo que está pasando, lo que conlleva a lograr verdaderos cambios tanto cognitivos como conductuales (Hernández y Sánchez, 2007).

12.1 Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales

Por lo tanto, la finalidad de la intervención, es lograr un cambio conductual, cognitivo y emocional, mediante la modificación o eliminación de las conductas inadecuadas. Para ello, la gran variedad de técnicas o procedimientos que se utilizan, cuentan con sustento científico y experimental; como es la reestructuración cognitiva, la relajación, la hipnosis, entre otros (Ruíz, Díaz, Villalobos, 2012).

12.1.1 Entrenamiento en respiración

Los movimientos de inspiración y espiración constituyen el ritmo respiratorio. El ritmo y volumen de la actividad respiratoria dependen de la actividad del organismo, de las necesidades fisiológicas del individuo y del propio estado emocional. El control respiratorio modula de forma voluntaria la acción del sistema nervioso autónomo y aumenta el tono vagal, lo que reduce la activación simpática, que se origina en situaciones de estrés. Las técnicas de respiración son útiles para reducir los niveles de activación fisiológica y psicológica. El objetivo es que las personas aprendan el control voluntario de la respiración, para que se pueda aplicar en las situaciones donde la respiración se encuentra alterada (Ruiz et al., 2012).

12.1.2 Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson

Esta técnica tiene el objetivo de aminorar los estados de activación fisiológica; por medio de la disminución progresiva de la tensión muscular. La técnica consiste en tensar y destensar 16 pares de músculos. Se deberá favorecer la percepción de las sensaciones asociadas a la tensión al contraer el músculo, lo que permitirá distinguir mejor la respuesta de relajación que sigue a la fase de distensión del músculo (Ruiz et al., 2012).

12.1.3 Entrenamiento en reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva, aborda los sesgos en el procesamiento de la información, trabajando de forma conjunta con el individuo para identificar los pensamientos disfuncionales. La técnica consiste en someter a discusión los pensamientos negativos ya sea a favor o en contra de dichas cogniciones, para que posteriormente de que sean puestos en duda, sean sustituidos por pensamientos o creencias funcionales (Caballo, 2015).

12.1.4 *Entrenamiento en autoinstrucciones*

El objetivo de esta técnica es modificar las verbalizaciones internas o pensamientos a los que la persona recurre, ante los diferentes problemas o situaciones que enfrenta y en los que generalmente fracasa; sustituyéndolos por instrucciones que se dará a sí mismo, que le resulten más útiles para mejorar el nivel de habilidad de una tarea, lo lleven a la solución de un problema o lo guíen para lograr el autocontrol de su comportamiento de manera eficaz (Caballo, 2015).

12.1.5 *Entrenamiento en solución de problemas*

Con esta técnica se pretende encontrar una solución eficaz ante alguna situación problemática; por lo que el objetivo, es ayudar a las personas a identificar las situaciones estresantes anteriores y actuales, que les provocan reacciones emocionales negativas. La orientación hacia el problema, permitirá al individuo identificar y clasificar adecuadamente los problemas. Asimismo, al definir y formular el problema, se enfocarán en buscar toda la información precisa sobre el problema, describirla en términos claros y sin ambigüedades, identificar factores, circunstancias y proponer objetivos o alternativas realistas en la solución del problema. Además, tomarán la decisión para elegir la solución más adecuada que finalmente llevarán a la práctica, de la cual evaluarán su eficacia (Caballo, 2015).

12.1.6 *Entrenamiento en habilidades sociales.*

Esta técnica tiene como objetivo enseñar al individuo conductas alternativas o nuevo repertorio de respuestas, mismas que son ensayadas e integradas al repertorio conductual de la persona; para mejorar su actuación ante situaciones críticas de la vida. Por tanto, se emplean procedimientos como las autoinstrucciones, el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación y el reforzamiento. De manera que, las etapas de las que consta el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) son: desarrollar un sistema de creencias que no sobrepasen los derechos personales y de los de demás; aprender a diferenciar entre una conducta asertiva, no asertiva y agresiva; aplicar la reestructuración cognitiva a la forma de pensar en situaciones específicas y ensayar conductualmente respuestas asertivas en circunstancias específicas (Caballo, 2015).

12.1.7 *Administración de tiempo*

El entrenamiento para el manejo del tiempo tiene como objetivo ayudar al individuo a programar sus compromisos para disponer de tiempo para realizar actividades placenteras, que mejoren su estado de ánimo y su motivación (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

12.1.8 *Psicoeducación*

La psicoeducación es un método terapéutico y pedagógico, que a decir de Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe (2008) se trata de una forma de aprendizaje para la salud, que es utilizada con mucha frecuencia en Salud Pública, en los diversos trastornos y enfermedades o en actividades de los diferentes niveles de prevención, cuyo objetivo es que el usuario conozca todo lo que de forma científica se sabe sobre su padecimiento y que a su vez dicho conocimiento lo lleve a tomar decisiones que mejoren su calidad de vida al reducir la sintomatología de determinada enfermedad e impacten en su desarrollo personal y de su entorno familiar. Al mismo tiempo que se enseña, como parte de un proceso psicoeducativo, se apoya de forma psicológica y social.

12.1.9 *Detención del pensamiento*

Se trata de un procedimiento de autocontrol desarrollado para la eliminación de pensamientos obsesivos o perseverantes que son improductivos, irreales que impiden la ejecución de la conducta deseada, o el inicio de una secuencia de conductas desadaptadas (Caballo, 2015).

12.1.10 *Desensibilización sistemática*

Esta técnica está dirigida al tratamiento de los miedos fóbicos, en los casos que existe ya un estímulo condicionado de ansiedad. Es eficaz para abordar las fobias específicas y abordar los problemas de ansiedad de situaciones concretas (Ruiz et al., 2012).

Por tanto, entre las principales técnicas cognitivo conductuales que se recomiendan para los procesos de entrenamiento en manejo de alteraciones conductuales a cuidadores primarios de pacientes con ERC, se encuentran el entrenamiento en: relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, autoinstrucciones y administración de tiempo.

13. GRUPO DE AUTOAYUDA COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN EL APOYO SOCIAL AL CUIDADOR PRIMARIO

Mendoza y Caro (1999) mencionan que en Estado Unidos en 1993 se fundó el primer grupo de autoayuda conocido como Alcohólicos Anónimos, fundamentándose en que la fuerza que se da al interior de un grupo y de cada individuo es como se pueden enfrentar retos y enfermedades. Basados en este precepto, han ido surgiendo otros grupos como el de Neuróticos Anónimos, Drogadictos Anónimos, Comedores Compulsivos, por mencionar algunos.

De igual forma, también los grupos de autoayuda surgen de las necesidades de la familia, en respuesta a la falta de información, carencia de recursos comunitarios, indiferencia de los profesionales de la salud, sobre cómo asumir la responsabilidad del cuidado de personas que padecen enfermedades discapacitantes como el Alzheimer, esclerosis múltiple, entre otras; que alteran la vida familiar al cambiar los roles y pueden llegar a propiciar el abandono del trabajo o la desintegración familiar. Es en estos casos donde están pensados estos grupos; tanto para las personas afectadas por una enfermedad o para los familiares que sufren las consecuencias, de ahí que al reunirse en grupo puedan aprender a resolver los retos, ventilar emociones y sentimientos que surgen de las situaciones que viven; así como dar paso a las acciones que proponga el grupo (Mendoza y Caro, 1999).

Por tanto, “un grupo de autoayuda es un foro donde los individuos comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo” (Mendoza y Caro, 1999, p.11).

De modo similar, a decir de Mendoza y Caro (1999) un grupo de autoayuda permite que se revelen frustraciones; que se intercambien técnicas de cuidado; adiestrarse en verbalizar y pedir ayuda; aprender más sobre retos y enfermedades en base a las experiencias personales, a la intuición y al sentido común. A descubrir los recursos personales, mantener o incrementar los sentimientos de autoestima, fomentar actitudes nuevas y positivas, encontrar nuevas relaciones y sentirse menos desvalido, a dar y recibir apoyo mutuo y contar con un espacio donde se puedan expresar libremente sin ser criticados o juzgados, encontrando nuevas esperanzas al ver que otros han podido con la tarea de salir adelante; así como a acrecentar el valor, el apoyo moral y a comprender mejor la propia experiencia.

Por su parte Domenech (1998), alude que en el grupo de autoayuda se favorece la reestructuración cognitiva, ya que el grupo proporciona un razonamiento a los problemas o fuentes de estrés, además de acrecentar el rango de evaluación de alternativas de solución de las dificultades y de las acciones para manejarlas. Lo que propicia que se ejerzan nuevas formas de afrontamiento y que las personas se sientan mayormente capaces para enfrentar las circunstancias que los rodean.

Además, Ávila (2009), agrega que la investigación social ha mostrado evidencias de la relevancia que las redes sociales tienen en las condiciones de bienestar, salud y calidad de vida de los individuos. Estos efectos positivos se traducen en la disminución de sentimientos de aislamiento o exclusión social, derivado de los intercambios que se dan en la red, del apoyo emocional y la promoción de la salud. Los individuos que se encuentra integrados a una red social, tienen mayores posibilidades de mejorar sus niveles de adaptación y afrontamiento dado que favorece los cambios mutuos de asistencia y favores sociales.

Por tanto, el apoyo social, es uno de los factores que mayormente influye en la calidad de vida, que a su vez establece nexos con la salud. Dicha correlación que se establece entre la red social y la calidad de vida, se da a través de mecanismos psicosociales como el apoyo emocional, instrumental y el suministro de la información, la influencia social de los miembros de la red, el grado de participación y el acceso a recursos materiales; que a su vez se relacionan con la morbilidad y mortalidad, así como con el bienestar, la satisfacción en la vida y la salud mental.

Diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención cognitivo conductual, para disminuir los niveles de ansiedad y depresión de los cuidadores primarios de pacientes con ERC dializados y hemodializados.

15. METAS DEL TRATAMIENTO

- Conformar un grupo de autoayuda entre los cuidadores primarios de pacientes con ERC; a los que posteriormente se les pueda dar seguimiento.

16. VARIABLES

Variable independiente: Programa de intervención cognitivo-conductual

Definición conceptual: Se denomina programa de intervención cognitivo conductual, al entrenamiento de determinadas habilidades para generar respuestas adecuadas a antecedentes y consecuentes del entorno y del individuo; que mantienen ciertas conductas, cogniciones y emociones (Hernández & Sánchez, 2007).

Variable dependiente: Nivel de Ansiedad

Definición conceptual. Emoción engendrada por la anticipación de un peligro difuso, difícil de prever y controlar. Se transforma en miedo frente a un peligro bien identificado. La ansiedad se acompaña de modificaciones fisiológicas y hormonales, características de los estados de activación elevada y se asocia a menudo de comportamiento de conservación-retirada o a conductas de evitación (Doron y Parot, 2008, p. 49). Algunos rasgos característicos de la ansiedad son: palpitaciones, dolor de estómago, diarrea, músculos tensos, aumento del ritmo cardiaco, escasa

concentración, miedo a perder el control, distracción, inquietud, nerviosismo, tensión, impaciencia, frustración, entre otros (Clark y Beck, 2010).

Definición operacional: Puntuaciones obtenidas del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (González, 2007, p. 167-173), consta de dos subescalas de 20 ítems cada una, que muestran la ansiedad como estado y como rasgo.

Variable dependiente: Nivel de Depresión

Definición Conceptual. La depresión se define como un trastorno mental, que se caracteriza por estados de ánimo de tristeza, pérdida de interés o incapacidad para sentir placer en situaciones que antes le producían, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño y del apetito, cansancio y falta de concentración. Es un trastorno que puede llegar a ser crónico o recurrente, causando alteraciones en el desempeño en el ámbito laboral, escolar, familiar e incapacidad para afrontar la vida diaria (OMS, 2017).

Definición Operacional. Puntuaciones obtenidas del Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Mendelson, Mock y Erbaugh 1961 (González, 2007, p. 199-207), consta de dos subescalas de 21 ítems que evalúan la profundidad e intensidad de la depresión.

Variable dependiente: Respuesta motora, cognitiva y fisiológica

Definición conceptual de Ansiedad motora: Respuestas que están mediadas por cambios que se producen a nivel fisiológico y con las que se producen a nivel cognitivo; que dan origen a respuestas directas como el llanto, inquietud, temblor, etc.; o indirectas como el escape y evitación (Espada, 1995).

Definición conceptual de ansiedad cognitiva: Distrés o malestar subjetivo que se manifiesta como respuesta cognitiva: miedo, preocupación excesiva, pensamientos negativos sobre sí mismo, etc., (Espada, 1995).

Definición conceptual de ansiedad fisiológica: Respuestas fisiológicas como palpitaciones, escalofrío, sensación de náusea, dolor de cabeza, cuerpo tenso, etc., que están asociados a la activación del Sistema Nervioso Autónomo, como consecuencia de la activación del Sistema Nervioso Central o de la activación neuroendocrina (Espada, 1995).

Variable dependiente: tristeza.

Definición conceptual. Es una emoción que abarca sentimientos de soledad, apatía, autocompasión, desconsuelo, melancolía, pesimismo, entre otros. A nivel cognitivo, se origina falta de interés y motivación por actividades satisfactorias, la realidad se ve de forma negativa. A nivel conductual, se restringen las actividades físicas, se modifican las facciones faciales y la postura (Cuervo & Izzedin, 2007).

Definición operacional: Autoregistro conductual, diseñado para esta intervención, en el que se registrarán la frecuencia e intensidad de las respuestas de ansiedad motoras, cognitivas y fisiológicas; así como la respuesta de depresión tristeza.

- Disminuir los niveles de ansiedad de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.
- Disminuir los niveles de depresión de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.
- Disminuir las respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas de ansiedad de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.
- Disminuir las respuestas de tristeza de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.

18. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1996), (González, 2007, p. 167-173). Este inventario evalúa dos formas relativamente independientes de ansiedad, la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Cada una de ellas tiene 20 ítems, en la Escala Estado hay 10 ítems positivos de ansiedad y 10 negativos. En la Escala Rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. Los coeficientes de confiabilidad en muestras mexicana para la ansiedad-estado ha sido mayor a 0.81 y para la ansiedad-rasgo ha sido mayor a 0.75.

Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Beck, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961). Este inventario evalúa la profundidad e intensidad de la depresión. Consta de 21 categorías de síntomas o actitud, con 4 o 3 afirmaciones, las alternativas de respuesta tienen una puntuación que fluctúa

entre 0 y 3 puntos; 14 de las categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva; y 7 categorías a síntomas somáticos y conductuales. Las cifras de fiabilidad del BDI fueran altas en términos de consistencia interna (Coeficiente alfa de Cronbach =0,83).

Autorregistro conductual de respuestas de ansiedad (motora, cognitiva y fisiológica) y de estado depresivo (tristeza). En este formato se registra la Frecuencia en Intensidad de las respuestas de ansiedad y depresión. Respecto a la Frecuencia, esta se anotará cada vez que ocurra la respuesta; y la Intensidad se registrará en una escala del 1 al 10 en donde el 1 es casi nada y 10 es el punto máximo.

19. HIPÓTESIS

H₀. Después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual no disminuirán los niveles de ansiedad de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.

H₁ Después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual disminuirán los niveles de ansiedad de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.

H₀. Después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual no disminuirán los niveles de depresión de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.

H₁ Después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual disminuirán los niveles de depresión de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.

H₀. Después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual no disminuirán las respuestas de ansiedad: motoras, cognitivas y fisiológicas; y de depresión: tristeza, de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.

H₁ Después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual disminuirán las respuestas de ansiedad: motoras, cognitivas y fisiológicas; y de depresión: tristeza, de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.

20. MUESTRA

La elección de los participantes para conformar la muestra estará basada en el muestreo intencional que es una forma de selección no probabilística, la cual de acuerdo con Silva (1992), es representativa de la población de donde se extrae, aunque la probable representatividad depende del criterio o tendencia de la investigadora; ya que en algunas ocasiones se pueden aprovechar muestras disponibles.

21. PARTICIPANTES

Los participantes de este programa de intervención cognitivo conductual fueron cuidadores primarios de pacientes con Enfermedad Renal Crónica, adscritos en el programa de terapia de reemplazo renal mediante diálisis y hemodiálisis, del Hospital Regional “PRESIDENTE JUÁREZ” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), ubicado

en la ciudad de Oaxaca. Se conformó una muestra inicial de 19 participantes, 17 del sexo femenino y 2 del sexo masculino, cuyas edades fluctuaron entre los 35 y 72 años.

El criterio de inclusión de esta investigación contempló que los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados deberían participar al menos en el 80% de las sesiones, haber contestado la pre y post evaluación, ser cuidador primario de paciente con ERC con tratamiento de diálisis y hemodiálisis. Se excluyeron a aquellos participantes que desertaron de la intervención y que no realizaron el registro de las respuestas de ansiedad y de comportamiento de depresión.

22. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño del estudio fue de carácter pre experimental pretest-posttest de un solo grupo y para evaluar las respuestas cognitivo conductuales se utilizó un diseño ABA.

23. ESCENARIO

El escenario seleccionado para este programa de intervención conductual; fue el Hospital Regional “Presidente Juárez” del ISSSTE, ubicado en la ciudad de Oaxaca. La investigadora concertó el acceso oficial a la institución por medio de una carta de prácticas y autorización de la institución para aplicar el programa de intervención cognitivo conductual a cuidadores primarios de pacientes con tratamiento de diálisis y hemodiálisis, así como; la carta de consentimiento informado del participante para la aplicación de los instrumentos de evaluación.

El área donde se impartió el taller fue el aula de enseñanza de pediatría, ubicada en el primer piso del hospital anteriormente mencionado, dicho escenario se encontró en buenas condiciones, ya que se trató de un espacio con adecuada iluminación y ventilación, con capacidad para

aproximadamente 25 personas; se contó con suficientes sillas, un pizarrón y un escritorio; también con contactos de luz para utilizar equipo electrónico como un proyector y equipo de cómputo.

24. PROCEDIMIENTO.

El procedimiento para la aplicación del taller se llevó a cabo en tres fases:

Fase I. Pre evaluación: Se llevó a cabo durante la semana 1. Previa obtención del Consentimiento informado, se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE (González, 2007), el Inventario de Depresión de Beck BDI (González, 2007), y se realizó durante una semana la línea base del registro conductual; con los formatos Anexo 5 “A” Autorregistro de respuestas de ansiedad y Anexo “B” Autorregistro de respuestas de depresión.

Fase II. Intervención. La fase de intervención comenzó una semana después de la pre-evaluación, fueron 3 sesiones de intervención, cada una de las cuales se impartieron en dos ocasiones para poder atender a un mayor número de participantes. Cada sesión tuvo una duración de 3 horas, llevándose a cabo los días viernes y sábado, en un horario de 15:00 a 18:00 horas. En la *sesión 1* se entrenó a los participantes en técnicas de relajación, con la meta de disminuir los niveles de ansiedad. Asimismo, en la *sesión 2* se entrenó a los participantes del taller en la administración de tiempo y en reestructuración cognitiva. Finalmente, en la *sesión 3*, se entrenó a los cuidadores primarios en las técnicas en solución de problemas y autoinstrucciones. Durante estas se mantuvo el autorregistro conductual para poder ir monitoreando los niveles de ansiedad y depresión con ayuda del cuidador primario.

Fase III. Esta fase duró una semana, durante la cual los cuidadores primarios continuaron con el autorregistro conductual, se aplicó una post evaluación con los mismos instrumentos que se utilizaron en la Fase I y se efectuó el cierre del taller.

25. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA

El presente estudio contó con una muestra de 19 cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados; la media de la **edad** de los participantes fue de 49.32 y la SD=10.91, mientras que el rango de edad estuvo comprendido entre los 25 a 72 años. A su vez, la variable relacionada con el **género** en la categoría de mujeres fue de 89.47 % (17) y de 10.53 % (2) la de hombres. Por otra parte, el **grado de escolaridad** de la muestra fue con licenciatura el 36.84 % (7); el 21.05 % (4) bachillerato; 21.05 % (4) secundaria; 15.78 % (3) posgrado y 5.3% (1) con primaria. Respecto a la **ocupación** de los participantes, se encontró que el 52.63 % (10) realizan labores del hogar; 15.78 % (3) se dedican a la docencia; 5.3 % (1) desempeña actividades como médico, 5.3 % (1) en ventas, 5 % (1) es empleada doméstica, 5.3 % (1) dentista, 5.3 % (1) arquitecto y 5.3 % (1) auxiliar administrativo. En lo que se refiere al **estado de civil** de la muestra fue de 68.42 % (13) casados, 26.31 % (5) solteros y el 5.3 % (1) divorciado. Respecto, al **tiempo** que llevan los cuidadores primarios a cargo del cuidado de pacientes dializados y hemodializados fue de: 42.10 % (8) “menos de 1 año”; el 15.78 % (3) “1 año”; el 10.52 % (2) “2 años”; 15.78 % (3) “3 años”; 5.3 % (1) “7 años”; 5.3% (1) “8 años” y el 5.3 % (1) “9 años”; por tanto la media de 3.11 años. A su vez, el 73.68 % (14 cuidadores primarios) refirieron estar **a cargo de un paciente dializado**, mientras que el 26.31 % (5) **a cargo de un paciente hemodializado**.

Por último, el **parentesco** de los cuidadores primarios con los pacientes dializados y hemodializados fue: “hija” 52.63 % (10); “conyugue” 36.84 % (7); “nuera” 5.3 % (1) y “yerno” 5.3 % (1).

25.1 Evaluación del tratamiento

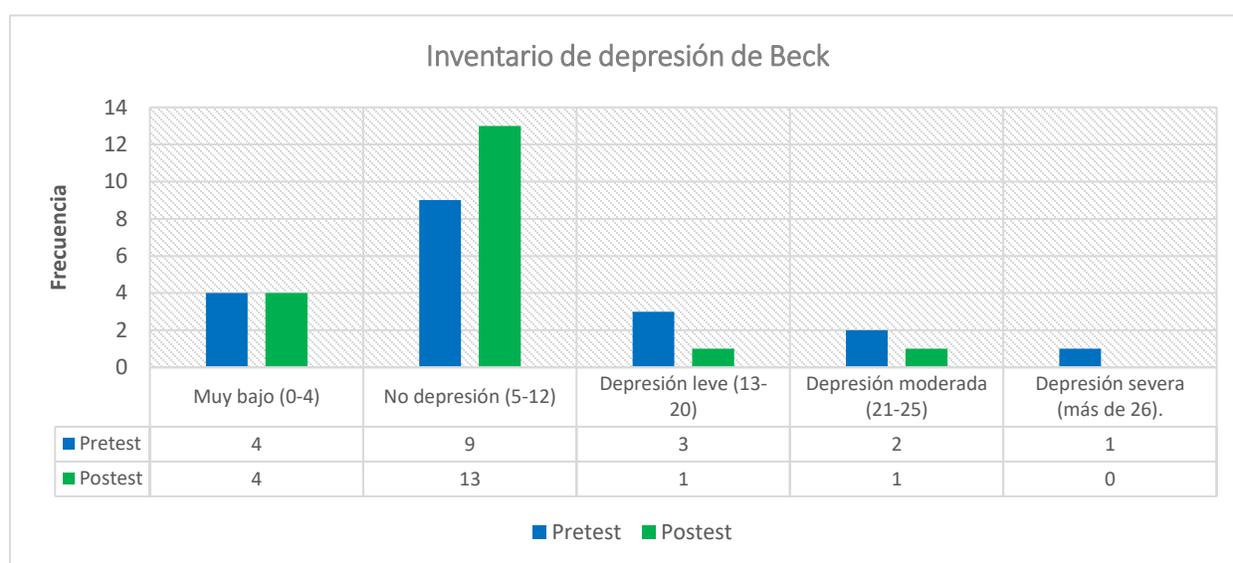


Figura 1. Muestra el número de casos de depresión durante la pre evaluación y post evaluación del Programa de Intervención Cognitivo Conductual dirigido a cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.

Cómo se puede observar en la figura 1, el número de casos de depresión encontrados en la muestra de 19 cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados; antes de la intervención cognitivo conductual fue de 6 (31.57%); posterior a la intervención el número de casos disminuyó a 2 (10.52 %).

De acuerdo al análisis de las puntuaciones pretest/posttest obtenidas por los cuidadores primarios con el Inventario de Depresión de Beck, en las dimensiones “*estado de ánimo*” disminuyó del 26.31 % a 5.26 %, “*pesimismo*” de 15.78 % a 5.26 %; “*fracaso*” de 31.57 % a 5.26 %;

“descontento” de 31.57 a 15.78 %; “sentimientos de culpa” de 26.31% a 21.05 %; “necesidad de castigo de 21.05 % a 10.52 %; “autoacusaciones” de 63.15 % a 42.10 %; “impulsos suicidas” de 10.52 % a 0 %; “llanto” de 31.57 % no se observó decremento; “irritabilidad” de 63.15 % sin decremento; “aislamiento social” 15.8 % no presentó decremento; “incapacidad de decisión” de 52.63 % a 42.10 %, “imagen corporal” de 36.84 % a 17.74 %; “incapacidad para el trabajo” de 57.89 % a 52.63%; “trastornos del sueño” de 68.15 % incrementó a 68,42 %; “fatigabilidad” de 68.42 % a 52.63 %; “pérdida del apetito” de 26.31% a 21.05 %; “pérdida de peso” de 26.31 % a 21.05 %; “hipocondría” de 26.31 % a 15.78 % y “pérdida de libido” de 52.63 % a 47.36 %.

Tabla 1

Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Mendelson, Mock y Erbaugh (1961 (González, 2007)

Instrumento	Media Pre evaluación	Media Post evaluación	Valor de T	Valor de P
Inventario de Depresión de Beck	11.36	8.57	2.1009	0.0497

La tabla 1, muestra las diferencias estadísticamente significativas de la pre y post evaluación del Programa de Intervención Cognitivo Conductual dirigido a cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.

Después de haber aplicado la prueba paramétrica T de Student para muestras relacionadas, para analizar si existían diferencias estadísticamente significativas se obtuvo que el Valor de T fue de 2.1009 con 18 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.04, este valor de significancia es menor a 0.05, como lo muestra la tabla 1; por lo que se rechaza la H_0 , “Después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual no disminuirán los niveles de depresión de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados” y se acepta la H_1 , “Después de la

aplicación del programa de intervención cognitivo conductual disminuirán los niveles de depresión de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados”.

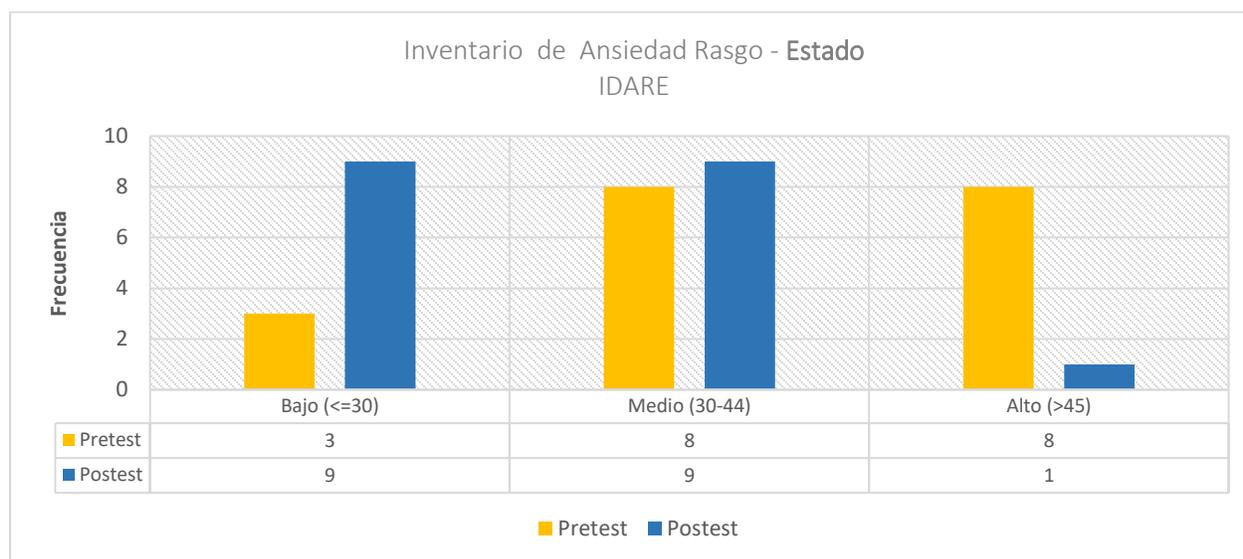


Figura 2. Muestra el número de casos de ansiedad por **Estado** encontrados durante la preevaluación y postevaluación del Programa de Intervención Cognitivo Conductual dirigido a cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.

Cómo se puede observar en la figura 2, el número de casos de ansiedad por Estado encontrados en la muestra de 19 cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados antes de la intervención cognitivo conductual fue de 16 (84.21 %); posterior a la intervención el número de casos disminuyó a 10 (44.32 %).

De acuerdo al análisis de las puntuaciones pretest/posttest obtenidas con el Inventario de Depresión Ansiedad Rasgo – **Estado** IDARE, en las dimensiones “*estoy tenso*” disminuyó del 78.94 % a 57.89 %; “*estoy contrariado*” de 63.15 % a 31.57 %; “*me siento alterado*” de 47.36 % a 10.52 %; “*estoy alterado por un posible contratiempo*” de 57.89 % a 31.57 %; “*me siento*

ansioso” de 52.63 % a 31.57 %; “*me siento nervioso*” de 42.10 % a 26.31 %; “*estoy agitado*” de 52.63 % a 15.78 %; “*me siento a punto de explotar*” de 52.63 % a 10.52 %; “*estoy preocupado*” de 73.68 % a 42.10 % y “*me siento excitado y aturdido*” de 31.57 % a 5.26 %.

Tabla 2.

Inventario de Ansiedad Rasgo-**Estado** (González, 2007)

Instrumento	Media Pre evaluación	Media Post evaluación	Valor de T	Valor de P
IDARE Ansiedad por ESTADO	41.89	32.21	2.1009	0.0005

La tabla 2, muestra las diferencias estadísticamente significativas de la pre y post evaluación del Programa de Intervención Cognitivo Conductual.

Después de haber aplicado la prueba paramétrica T de Student para muestras relacionadas, para analizar si existían diferencias estadísticamente significativas se obtuvo que el Valor de T es de 2.1009 con 18 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.0005, este valor de significancia es menor a 0.05, como se observa en la tabla 2; por lo que se rechaza H_0 “Después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual no disminuirán los niveles de ansiedad” y se acepta la H_1 “*Después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual disminuirán los niveles de ansiedad*”.

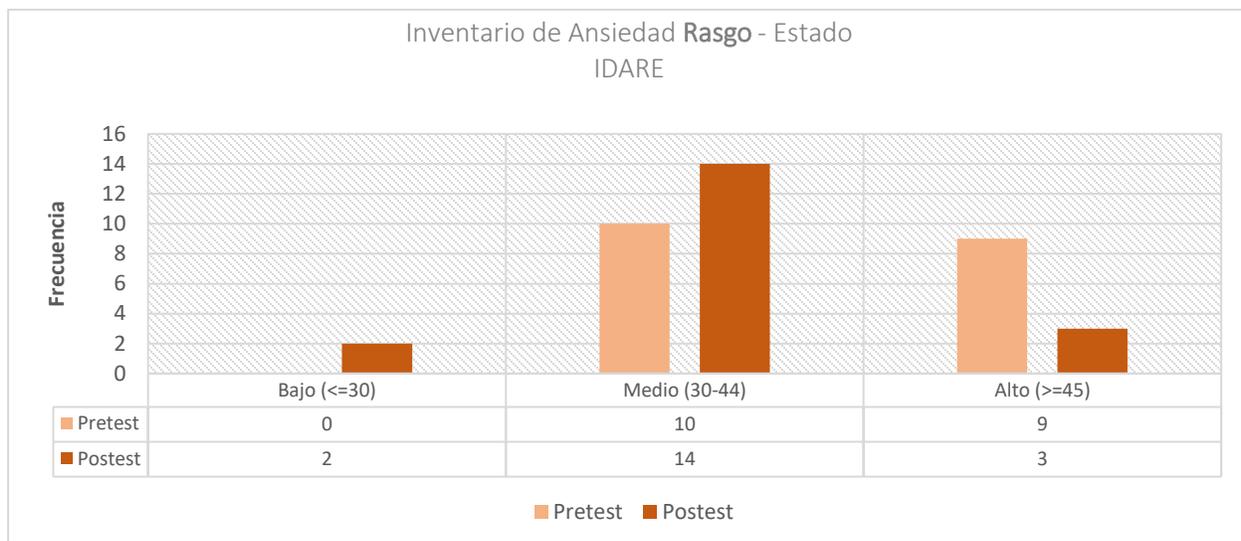


Figura 3. Muestra el número de casos de ansiedad por Rasgo encontrados durante la preevaluación y postevaluación del Programa de Intervención Cognitivo Conductual dirigido a cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados

Cómo se puede observar en la figura 3, el número de casos de ansiedad por Rasgo encontrados en la muestra de 19 cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados antes de la intervención cognitivo conductual fue de 19 (100 %); posterior a la intervención el número de casos disminuyó a 17 (89.47 %).

De acuerdo al análisis de las puntuaciones pretest/posttest obtenidas con el Inventario de Depresión Ansiedad Rasgo – Estado IDARE, en las dimensiones “*me canso rápidamente*” de 84.21 % sin cambios; “*siento ganas de llorar*” de 68.42 % disminuyó a 26.31 %: “*quisiera ser tan feliz*” de 100 % a 94.73 %: “*me pierdo cosas por no decidirme rápidamente*” de 100 % sin cambios; “*siento que las dificultades se me amontonan a punto de no poder soportarlas*” de 63.15 % a 42.10 %; “*me preocupo demasiado por cosas sin importancia*” de 84.21 % a 68.42 %; “*me inclino a tomar las cosas muy a pecho*” de 68.42 % a 63.15 %; “*me falta confianza en mí mismo*” de 47.36 % incrementó a 52.36 %; “*trato de enfrentar una crisis o dificultad*” de 73.68 % a 63.15 %; “*me siento melancólico*” de 84.21 % a 73.68 %; “*algunas ideas poco importantes pasan por mi mente*”

de 84.21 % a 8.42 %; “*me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza*” de 63.15 a 52.63 % y “*cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado*” de 73.68 % sin cambios. “*algunas ideas poco importantes pasan por mi mente*” de 84.21 % a 8.42 %.

Tabla 3

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (González, 2007)

Instrumento	Media Pre evaluación	Media Post evaluación	Valor de T	Valor de P
IDARE Ansiedad por RASO	44.73	40.10	2.1009	0.0156

La tabla 3, muestra las diferencias estadísticamente significativas de la pre y post evaluación del Programa de Intervención Cognitivo Conductual dirigido a cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados.

Después de haber aplicado la prueba paramétrica T de Student para muestras relacionadas, para analizar si existían diferencias estadísticamente significativas se obtuvo el Valor de T de 2.1009 con 18 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.01, este valor de significancia es menor a 0.05, como se observa en la tabla 3; por lo que se rechaza H_0 “*Después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual no disminuirán los niveles de ansiedad de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados*” y se acepta la H_1 “*Después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual disminuirán los niveles de ansiedad de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados*”.

25.2 Registros conductuales

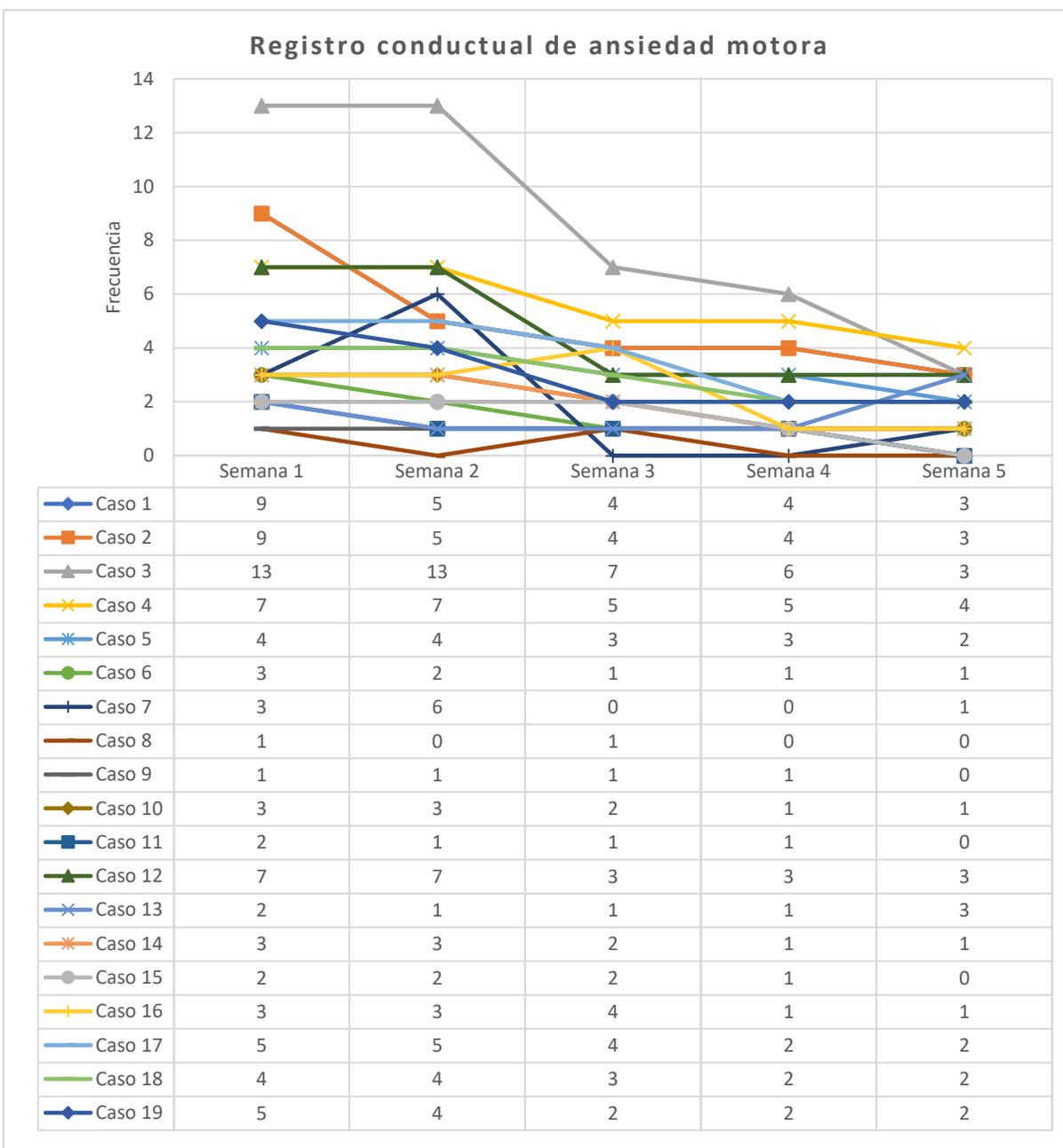


Figura 4. Muestra la tendencia grupal de la frecuencia de respuestas de ansiedad motora de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados durante el Programa de Intervención Cognitivo Conductual.

Como se puede observar en la figura 4, la tendencia grupal de la frecuencia de respuestas de ansiedad motora a lo largo de las 5 semanas de intervención fue de decremento en el 94.73 % de

los casos, alcanzando una gran mejoría el caso 3 o la extinción de la respuesta como en los casos 8, 9, 11 y 15. (Ver desglose de datos de la tabla en el anexo 6)

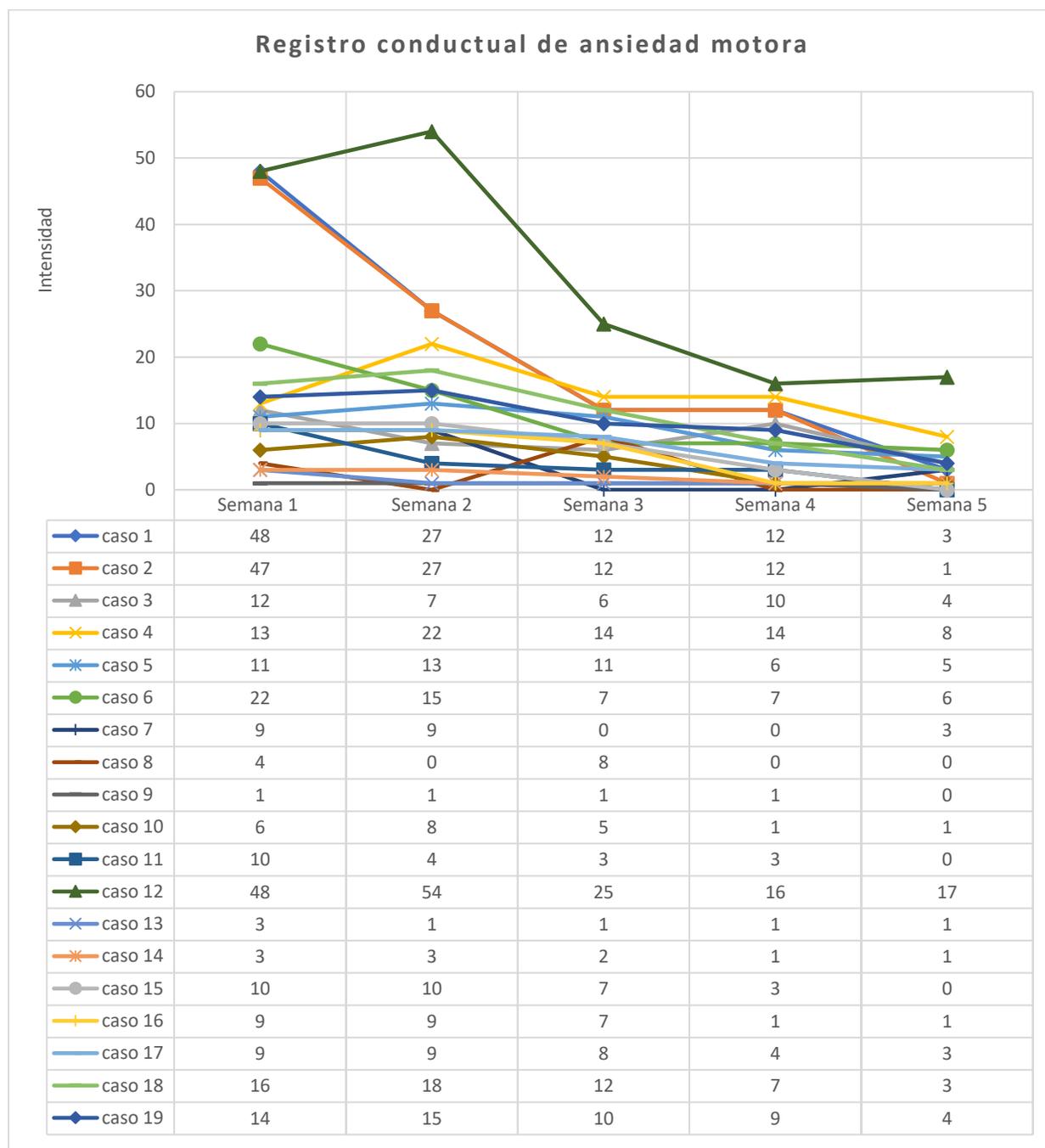


Figura 5. Muestra la tendencia grupal de la intensidad de las respuestas de ansiedad motora de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados durante el Programa de Intervención Cognitivo Conductual.

En la figura 5, se observa que la tendencia grupal de la intensidad de las respuestas de ansiedad motora a lo largo de las 5 semanas de intervención fue de decremento en el 100 % de los casos, alcanzando una notable mejoría los casos 1, 2 y 12 y extinguiéndose la intensidad de la respuesta de los casos 8, 9, 11 y 15. (Ver desglose de datos de la tabla en el anexo 6)

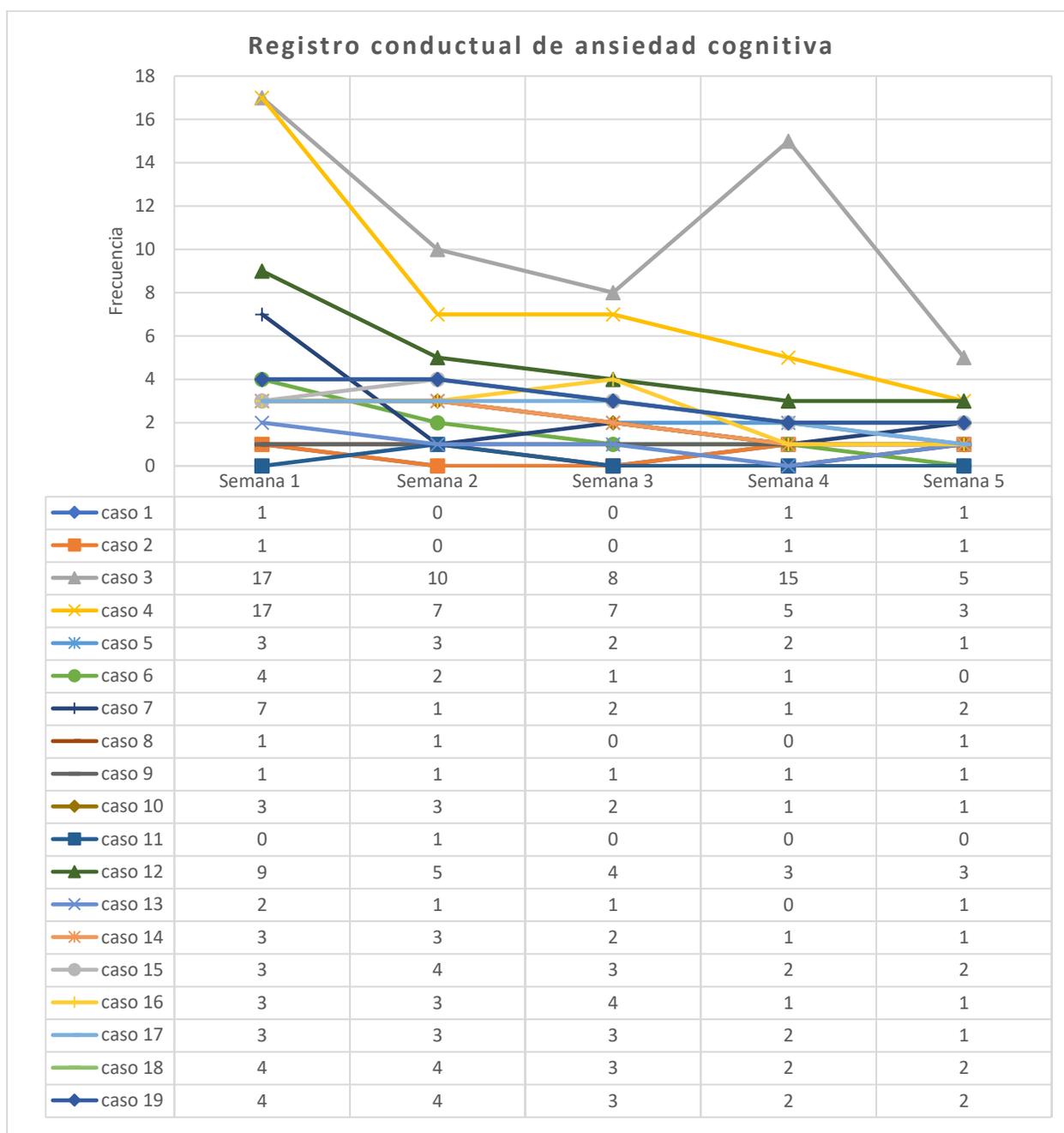


Figura 6. Muestra la tendencia grupal de la frecuencia de respuestas de ansiedad cognitiva de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados durante el Programa de Intervención Cognitivo Conductual.

La figura 6, muestra la tendencia grupal de la frecuencia de respuestas de ansiedad cognitiva durante las 5 semanas de intervención, presentando decremento el 78.94 % de los casos, la mejoría más notable se hace evidente en los casos 3 y 4, mientras que el caso 11 presentó una respuesta de ansiedad en la semana 2, ésta se extinguió. (Ver desglose de datos de la tabla en el anexo 6)

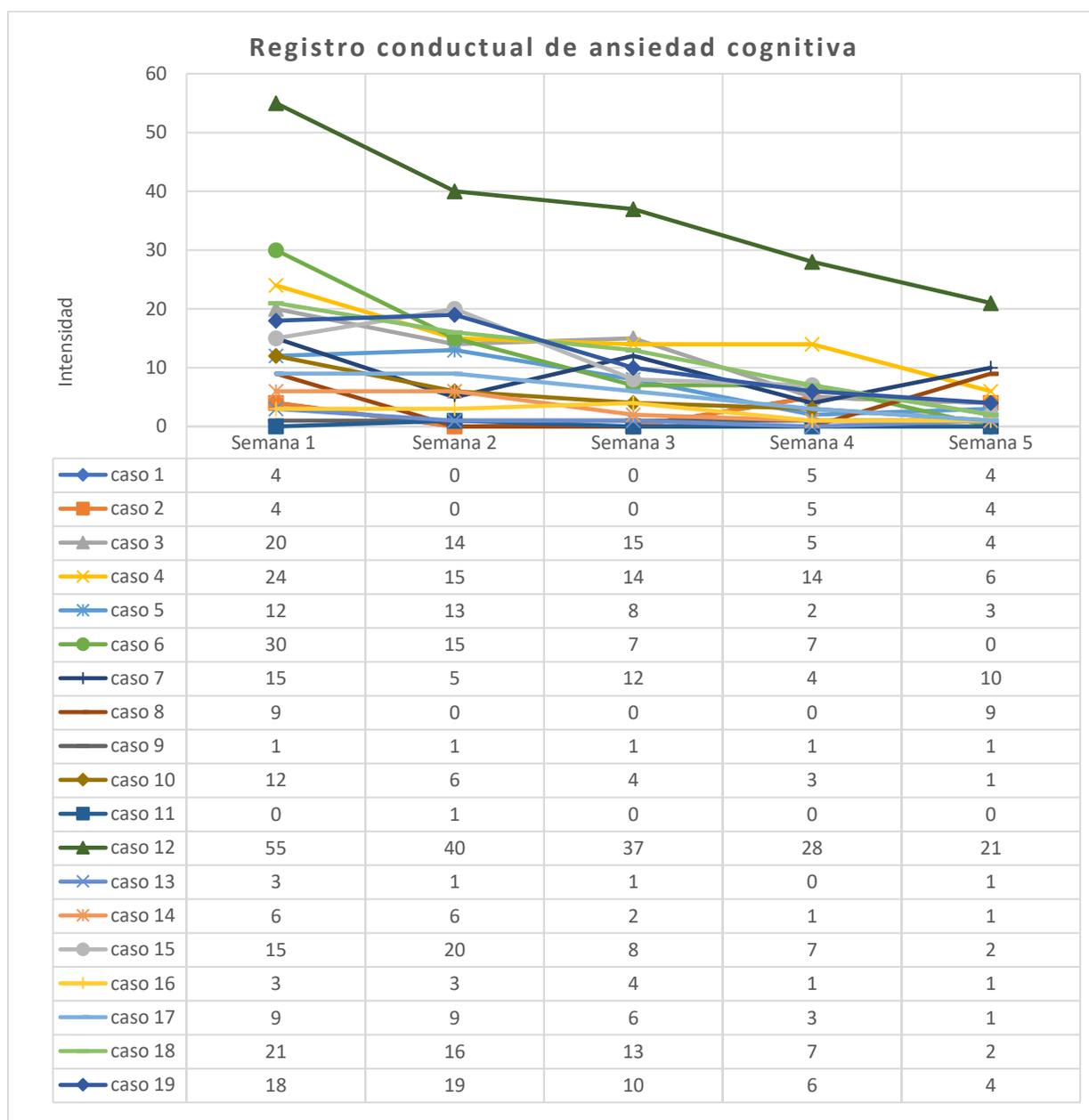


Figura 7. Muestra la tendencia grupal de la intensidad de las respuestas de ansiedad cognitiva de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados durante el Programa de Intervención Cognitivo Conductual.

En la figura 7, se observa la tendencia grupal de la intensidad de las respuestas de ansiedad cognitiva durante las 5 semanas de intervención, presentando decremento el 78.94 % de los casos, mejorando notoriamente los casos 3, 4, 5, 6, 10, 12, 15, 18 y 19. (Ver desglose de datos de la tabla en el anexo 6)

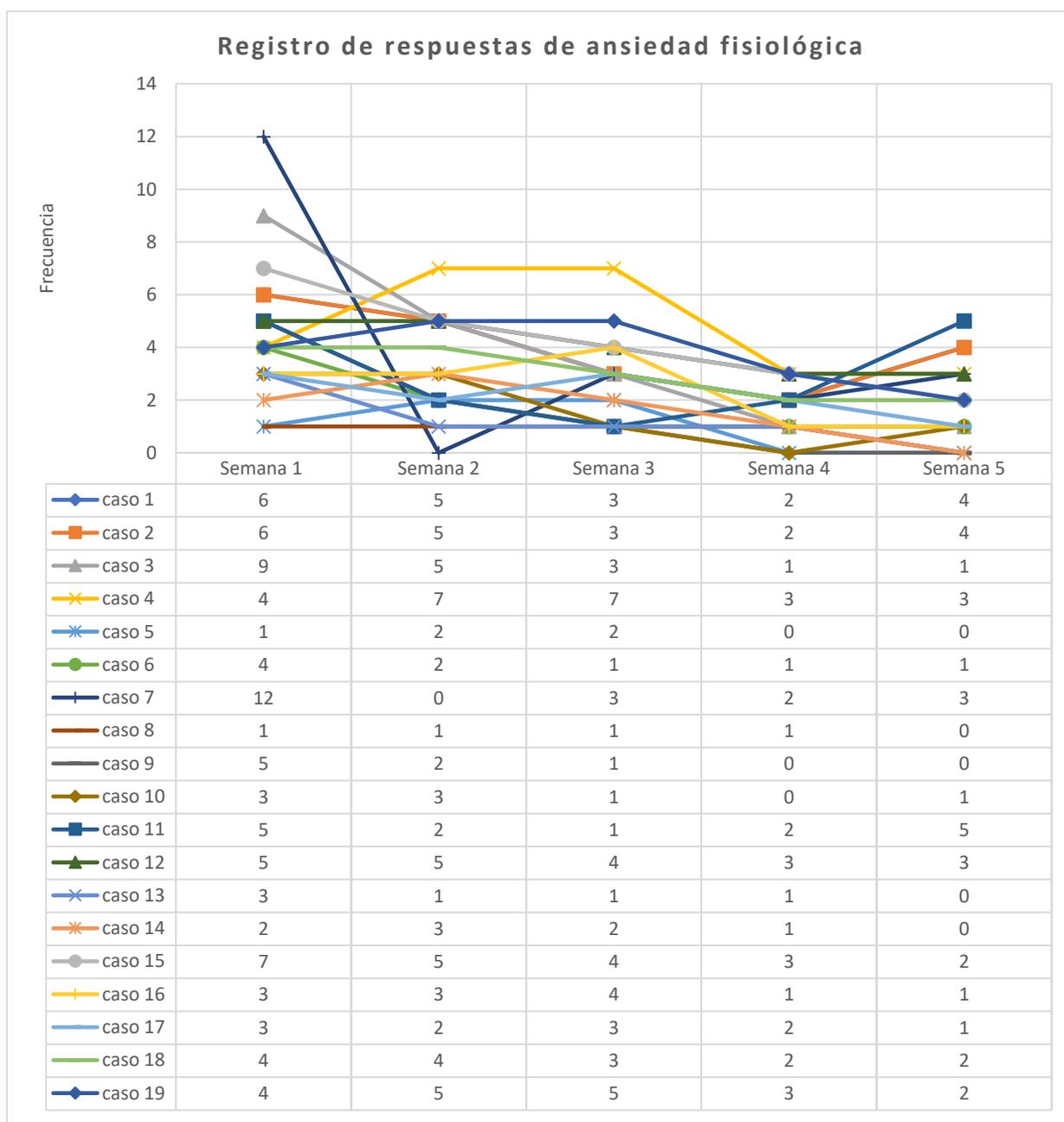


Figura 8. Muestra la tendencia grupal de la frecuencia de respuestas de ansiedad fisiológica de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados durante el Programa de Intervención Cognitivo Conductual.

La figura 8, muestra la tendencia grupal de la frecuencia de respuestas de ansiedad fisiológica durante las 5 semanas de intervención, presentando decremento el 94.73 % de los casos, la mejoría se evidenció en los casos 12 y 9, mientras que los casos 5, 8, 9, 13 y 14 se extinguieron. (Ver desglose de datos de la tabla en el anexo 6)

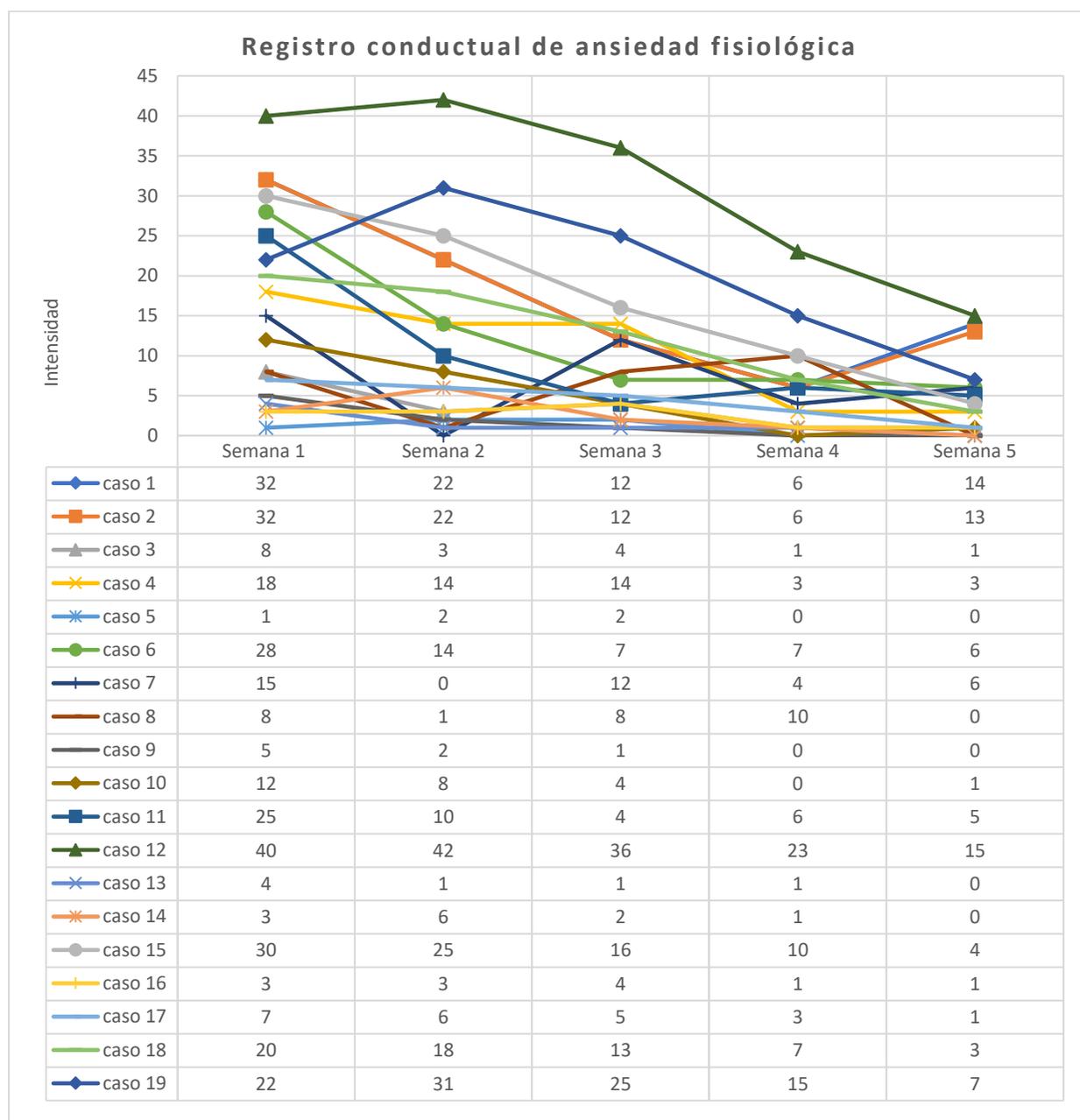


Figura 9. Muestra la tendencia grupal de la intensidad de las respuestas de ansiedad fisiológica de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados durante el Programa de Intervención Cognitivo Conductual.

La figura 9, muestra la tendencia grupal de la intensidad de las respuestas de ansiedad fisiológica durante la intervención, decrementando el 100 % de los casos. Evidenciaron mejoría los casos 1, 2, 4, 6, 7, 10, 12, 15, 18 y 19, en tanto que los casos 5, 8, 9, 13 y 14 se extinguieron. El caso 11 disminuyo de intensidad, aunque no su frecuencia (Ver desglose datos de la tabla en el anexo 6)

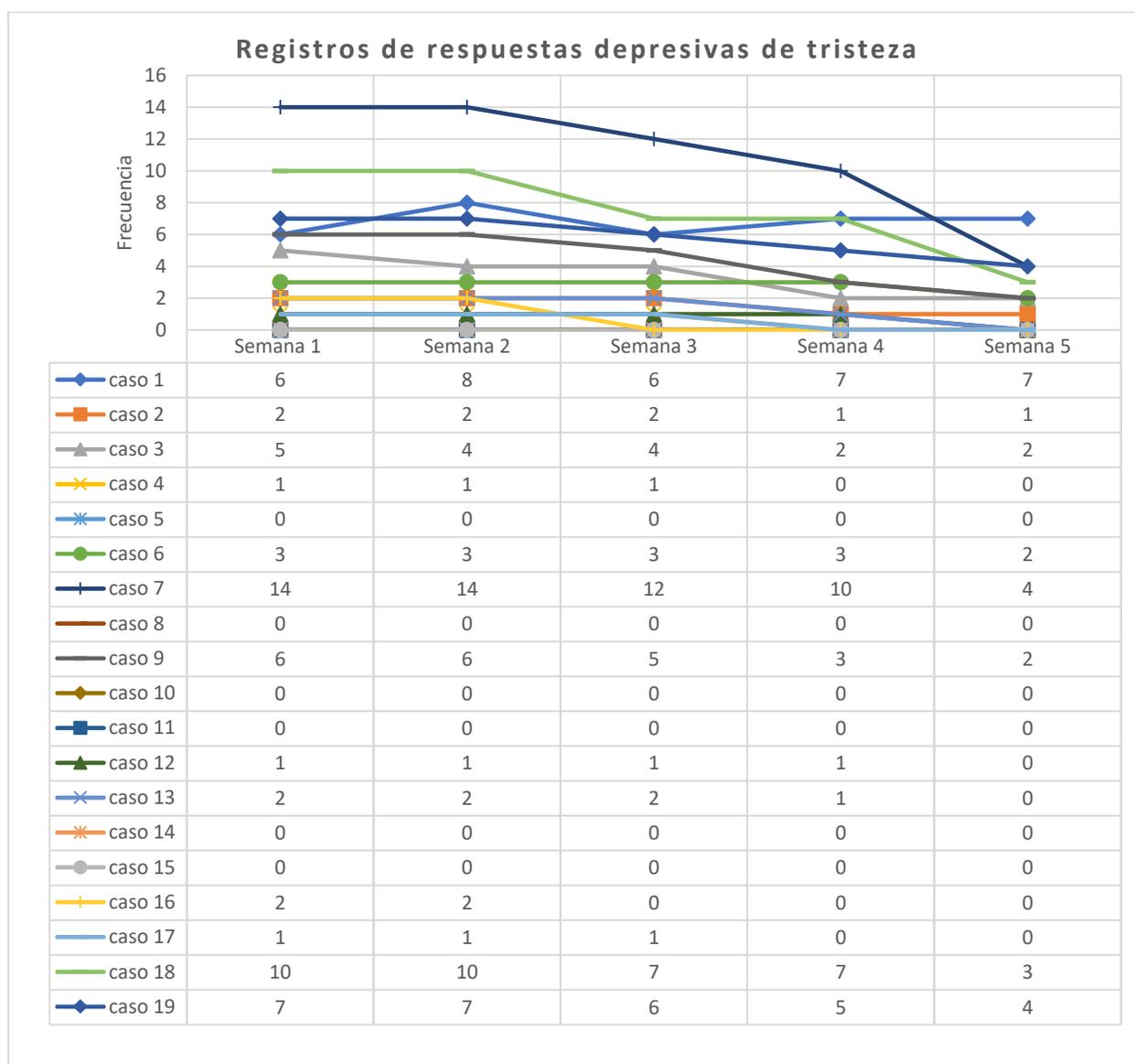


Figura 10. Muestra la tendencia grupal de la frecuencia de la respuesta depresiva tristeza; de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados durante el Programa de Intervención Cognitivo Conductual.

En la figura 10, se observa la tendencia grupal de la frecuencia de la respuesta de depresión tristeza; durante las 5 semanas de intervención, presentando decremento el 92.13 % de un total de 13 casos, 6 no presentaron la conducta. Hubo mejoría en los casos 7 y 18, mientras que los casos 4, 12, 13, 16 y 17 se extinguieron. (Ver desglose de datos de la tabla en el anexo 6)

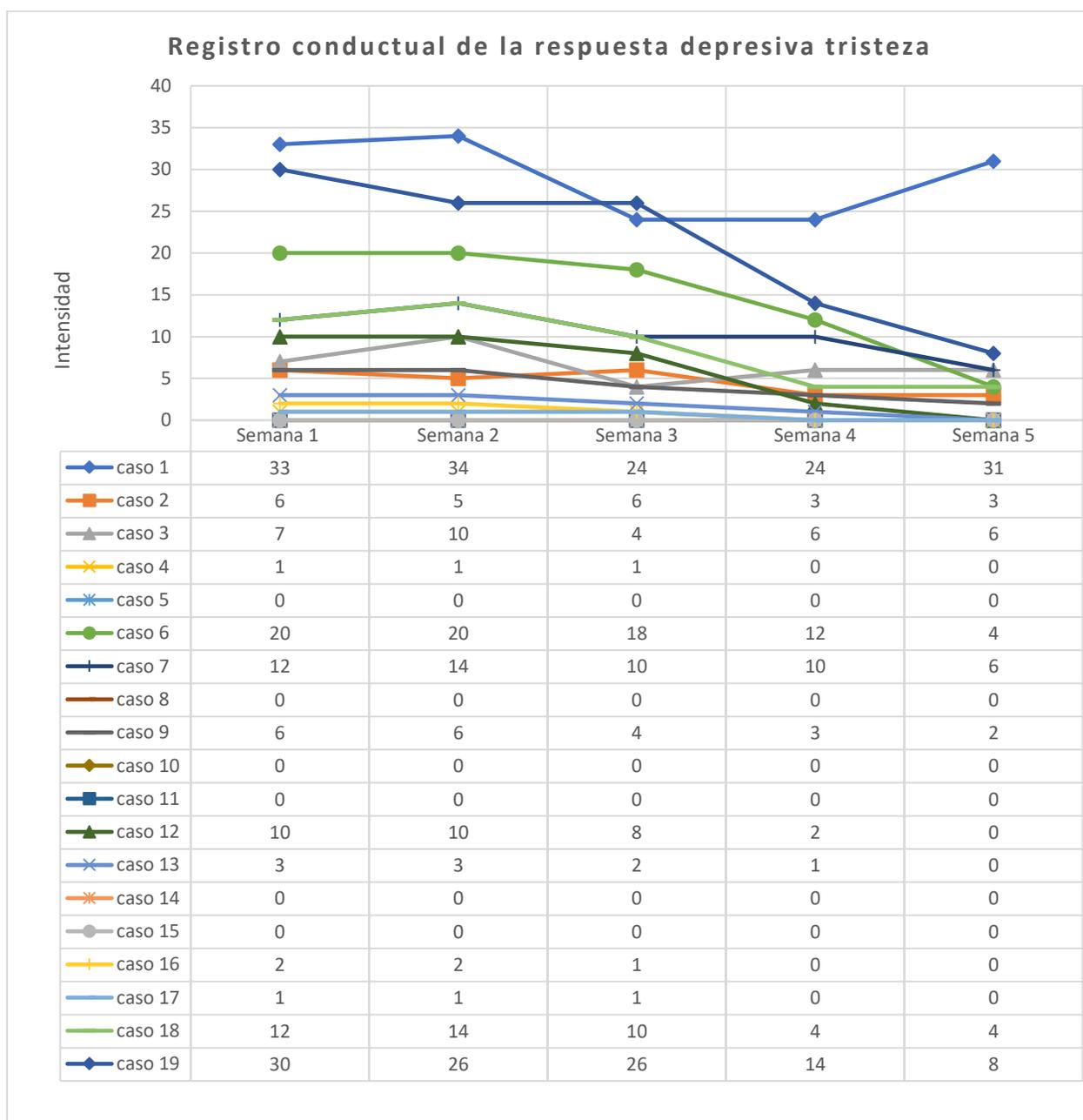


Figura 11. Muestra la tendencia de la intensidad de las respuestas depresivas de tristeza de los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados durante el Programa de Intervención Cognitivo Conductual

En la figura 11, se observa la tendencia grupal de la intensidad de la respuesta de depresión tristeza; durante las 5 semanas de intervención, presentando decremento el 100 % de un total de 13 casos, 6 no presentaron la conducta. Hubo una notable mejoría en los casos 6, 7, 18 y 19, mientras que los casos 4, 12, 13, 16 y 17 se extinguieron. (Ver desglose de datos de la tabla en el anexo 6)

Finalmente, la tendencia de la frecuencia de ansiedad motora mostró un impacto notable en el 100 % del total de la muestra (19 casos); a su vez, las respuestas de ansiedad fisiológica también mostraron tendencia a decrementar en el 94.73 % del total de la muestra (18 casos), en tanto que el 5.27 % (1 caso) incrementó sus respuestas. Sin embargo, la respuesta de ansiedad cognitiva de forma general presentó un decremento menor impactando al 78.94 % del total de la muestra (15 casos), en tanto que el 21.05 % (4 casos) se mantuvieron sin cambios. Por lo que se concluye que el impacto logrado con el programa de intervención psicológica fue mayor en la ansiedad motora y fisiológica.

Respecto a la intensidad de las respuestas de ansiedad motora, estas de forma general decrementaron en 100% de los casos; la intensidad de la ansiedad fisiológica decrementó en el 94.73 % de los casos y se observó un menor decremento de la ansiedad cognitiva con 78.94 % del total de los casos.

Asimismo, la respuesta depresiva tristeza, de un total de 19 casos, (6 de ellos no manifestaron la conducta); el 92.13 % (12 casos) evidenció la tendencia a decrementar y el 7.69 % (1 caso) la tendencia a incrementar. A su vez la intensidad de la conducta tristeza, evidenció decremento en el 100 % de los casos.

El proceso de intervención cognitivo conductual para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados, constó de 5 sesiones.

Sesión 1

Pre evaluación. Los cuidadores primarios refirieron que esperaban aprender nuevas técnicas para cuidar mejor a sus pacientes; por lo que se sorprendieron cuando se les comentó que el taller estaba dirigido para mejorar el estado de salud del cuidador, aunque se les aclaró que si ellos estaban bien por ende sus pacientes también.

Al abordar uno de los derechos que enfatiza que los cuidadores *“deben dedicar tiempo y cuidado a sí mismos sin sentimientos de culpa”*, algunos se mostraron desconcertados al saber que su paciente podría dejar de ser el centro de atención para enfocarse en sí mismos. Sin embargo, también expresaron que se sintieron más tranquilos al saber que existen ciertos derechos que los amparan para no sentirse tan desvalidos y que pueden pedir ayuda a otros o salir a tomar una taza de café sin sentir que están faltando a sus deberes con su paciente.

Sesión 2

Intervención. Se pidió a los participantes que evocaran algún acontecimiento que les hubiera provocado ansiedad; una vez que se consiguió reactivarla, se inició con la instrucción de la técnica de relajación progresiva. Algunos de los acontecimientos mencionados fueron: *“discutí con mi papá porque no fui puntual para hacerle la diálisis y terminé llorando”*, *“estaba muy ocupada con todo lo de la diálisis, mi esposo invitó a los vecinos a comer y no me avisó, me enojé y me temblaban las piernas”*, *“Cuando salgo de casa, me preocupo que a mi paciente le vaya a pasar algo”*. Se asignó como tarea para casa, practicar los ejercicios de relajación; así como describir y registrar cómo se sintieron.

Sesión 3

Intervención. Se programaron actividades agradables que de acuerdo al criterio del cuidador pudieran realizar, de las cuales; respecto al logro obtenido en una escala de 0-5, alcanzaron el 5; en tanto que, el nivel de agrado o sentimiento de placer también fue de 5.

Se mencionan algunos de los pensamientos disfuncionales y pensamientos funcionales alternativos propuestos por los participantes de la intervención cognitivo conductual.

Pensamiento disfuncional	Pensamiento funcional alternativo
Participante 1, mujer de 45 años, 3 años 6 meses como cuidadora: <i>“¡ya estoy harta de esta situación de hacer diálisis!”</i>	“Es normal que yo me sienta harta, porque no pido ayuda, por eso voy a decirles a mis hijos que me ayuden
Participante 2, mujer de 61 años, 9 años como cuidadora: <i>“Si me muero, ¿qué va a ser de él?”</i>	“Si muero será lo mismo que ahora, porque toda su familia está pendiente de él, estará bien”
Participante 4, 67 años, 1 año 6 meses como cuidadora. <i>“¡No soy su criada, que lo haga él!”</i>	“Bueno yo hago la mayoría de cosas en casa, pero él aún puede hacerlas, le voy a enseñar y así nos ayudamos”.
Participante 7, mujer de 44 años, 1 año de cuidadora: <i>“¿Por qué la vida es tan cruel conmigo?”</i>	“No, la vida no es cruel conmigo, es natural que a veces tengamos enfermos en casa, solo es cuestión de organizarnos para cuidarlos”.
Participante 9, mujer de 48 años, 9 meses como cuidadora: <i>“¿Qué hice yo para merecer este castigo?”</i>	“No es castigo, solo es una forma de retribuir, lo que ella hizo por mi cuando era pequeña”.
Participante 11, mujer de 36 años, 1 año de cuidadora: <i>¡No puedo atender bien a mi paciente, soy una tonta!”</i>	“No soy tonta, sólo que llevó poco tiempo de cuidar a mi paciente y no todo se aprende en un día”
Participante 15, mujer 35 años, 1 año de cuidadora: <i>“me voy a largar y a ver quién le hace la diálisis”</i>	“Sí me quiero ir de la casa, pero antes de hacerlo voy a ponerme de acuerdo con la familia para que alguien se encargue de la diálisis”.
Participante 16, mujer de 61 años, 7 meses de cuidadora: <i>“¿cuándo le tocará?”</i>	“Bueno le tocará cuando Dios diga, ni antes ni después”.

Sesión 4

Intervención. Algunas de las problemáticas que enfrentan los cuidadores y las alternativas de solución propuestas para resolverlas.

Problemas que enfrentan los cuidadores	Alternativas de solución
“Llevo mucho tiempo cuidando a mi paciente hemodializado/dializado y necesito unos días de descanso, pero no tengo a alguien que me ayude con mi paciente... ¿Qué hago?”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contratar una enfermera. 2. Platicar con la familia para pedir apoyo con sus tiempos. 3. Llevarlo a un asilo por tiempo necesario. 4. Buscar apoyo con un familiar. 5. Enseñar al paciente a hacerse su diálisis, si sus condiciones lo permiten
“Mis familiares más cercanos no se involucran en el cuidado de mi paciente hemodializado/dializado, ¿cómo lo resuelvo?”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacerlos ver que la responsabilidad es compartida. 2. Recurrir a los familiares de ambos, para platicar con ellos y que se involucren en el cuidado. 3. Que nos apoyen en otros aspectos, citas médicas, limpieza de la casa, asuntos personales. 4. Tratar de involucrar a nuestros familiares, para que se den cuenta del proceso que tienen que realizar con nuestro paciente y valoren lo que hacemos. 5.
“Mi paciente con dializado/hemodializado, me grita, me regaña, etc., ya no soporto tal situación, me siento enojado (a), desesperado (a); ¿qué hago para resolver dicha situación?”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Platico con él para solucionar los problemas. 2. Busco ayuda profesional, un psicólogo que nos oriente para entendernos. 3. Trato de entender y comprender al paciente por su situación. 4. Platicar con los familiares para resolver la situación entre todos. 5. Darle espacio y oportunidad a nuestro paciente, para que se desahogue, para que se tranquilice y poder sobrellevarlo.

Sesión 5

Post evaluación. Para finalizar, los participantes compartieran sus experiencias acerca del trabajo realizado durante taller, éstas son algunas respuestas en base a las siguientes preguntas:

¿Cómo llegué?	¿Cómo me sentí?	¿Cómo me voy
<p>“Llegué pensando que era hacia nuestro paciente lo que iban a tratar, yo llegué un poco más estresada porque yo absorbía toda la responsabilidad de mi suegro, aquí aprendí a soltarlo un poco...siento que solté la responsabilidad total que yo tenía hacia mi paciente” <i>(mujer de 33 años, nuera del paciente, cuidadora desde hace 8 años).</i></p> <p>“Yo llegué al curso con ciertas dudas, porqué pensé que las cosas que nos pasaban solo eran a nosotros, ya que estando con nuestros pacientes estos tienden a padecer ciertas cosas que influyen dentro de nosotros los cuidadores y dentro de la familia; y no sólo dentro de nuestra familia sino de todas las familias de los que se están dializando, llegue con esas dudas y pensando que el curso iba más orientado a los pacientes, ya estando ahí me di cuenta que estaba orientado a nosotros como cuidadores” <i>(hombre de 35 años, yerno del paciente, cuidador desde hace 6 meses)</i></p> <p>“La enfermera del servicio de diálisis, me dijo que era una plática, sobre los pacientes dializados y yo pensé, ¿qué nos pueden enseñar que no sepamos ya?, ¡nosotros les vamos a enseñar!. Pero me sorprendí cuando dijeron que era sobre el cuidador, para que aprendiéramos a cuidarnos” <i>(mujer de 48 años, hija, cuidadora desde hace 11 meses)</i></p>	<p>“me sentí relajada, aprendí muchas cosas, sí me sirvieron las técnicas de relajación porque dos noches atrás se me estaba ahogando y estábamos los dos solos y ya no podía respirar, yo le decía respire, no se agite, hágalo como lo hacíamos, solamente así se relajó él y me relajé porque yo entré en pánico” <i>(mujer de 33 años, nuera del paciente, cuidadora desde hace 8 años).</i></p> <p>“Realmente, al principio pensé que no nos iba a funcionar, porque una cosa es la que nos dicen y otra cosa es la que nosotros aplicamos, pero ya conforme pasaron los días y ciertos métodos me fueron funcionando como la relajación, lo de saber que no solamente nosotros lo pasamos, es cómo un proceso y si tu dejas que te afecte no vas a funcionar tú como cuidador y por consiguiente menos tu paciente”. <i>(hombre de 35 años, yerno del paciente, cuidador desde hace 6 meses)</i></p> <p>“Mientras fui al curso me sentí un poco relajada, ya que tuvimos el tiempo de hacer las terapias, porque realmente en la casa no nos damos el tiempo de hacer la terapia y yo creo que yo misma me doy cuenta que no estoy cumpliendo con eso”.</p> <p>“Nos damos cuenta que nos olvidamos de nosotros mismos, y siempre pensamos por lo demás y no importa si no comimos a la hora, nos dimos cuentas que debemos atendernos, darnos nuestros tiempos recreativos, que tenemos otras opciones, aprendimos a amarnos y queremos para poder ver desde otro punto de vista al enfermo” <i>(mujer de 63, esposa del paciente, cuidadora desde hace 6 meses)</i></p>	<p>“Me voy contenta de haber conocido tanta gente que tiene nuestros mismos intereses, nuestra finalidad de estar bien con las personas que queremos”. <i>(mujer de 54, hija, cuidadora desde hace 11 meses)</i></p> <p>“Bueno no me voy, esto apenas comienza, porque aprendimos a no sentirnos tan solas, a queremos conocimos personas afines a nuestra situación y por ello digo que apenas comienzan nuevas amistades, nuevas cosas que hacer más allá de ser cuidadores”. <i>(Mujer de 61 años, esposa del paciente, cuidadora desde hace 9 meses).</i></p> <p>“Ahorita me voy más tranquila, más relajada, ya sé que tengo que dejar que mi papá siga su vida y que yo también tengo que vivir mi vida”. <i>(mujer de 35 años, hija, cuidadora desde hace 7 meses)</i></p> <p>“Me voy un poco más tranquila, porque sé que no sólo nosotros pasamos por esos momentos difíciles, tal vez la misma pena, pero tenemos que estar ahí para apoyarnos” <i>(mujer de 35 años, hija d paciente, cuidadora desde hace 3 años)</i></p> <p>“Me voy muy contento, porque aprendí que debo cuidarme, que debo tener momentos recreativos, que debo pedir ayuda cuando me sienta cansado. Además, haber conocido gente, que sufre lo mismo que yo me hace sentir apoyado” <i>(hombre de 72 años, esposo de paciente, 2 años como cuidador)</i></p>

27.1 Aspectos teóricos

De acuerdo con los resultados obtenidos durante la intervención cognitivo conductual para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de paciente dializados y hemodializados, se puede observar que el rango de edad de los cuidadores primarios de pacientes fue de entre los 25 y 72 años, obteniéndose una media de 49.3 años, la cual es semejante a la encontrada por Rivera, López, Sandoval y Gómez (2013) que fue de 53.5 años, misma que es similar a lo reportado en otros países que ha sido de 44 años. Asimismo, estos mismos autores y Ramos del Río y Jarillo (2014), hicieron referencia al género de los cuidadores primarios, mencionando como género dominante el sexo femenino, lo cual tampoco difiere con lo hallado en esta investigación, ya que de los 19 cuidadores primarios de la muestra el 89.47 % fueron del sexo femenino y el 10.53% del sexo masculino. Referente al grado de escolaridad, los resultados muestran que el 52.63 % (10) poseen estudios de nivel superior, lo que discrepa con lo reportado por Ramos del Río y Jarillo (2014) en un estudio efectuado en México cuyo nivel de escolaridad fue de primaria; así como con los resultados obtenidos por Velázquez y Espín (2014) que muestran que en Cuba el grado de escolaridad de mayor predominio fue el nivel medio superior. En cuanto a la ocupación de los cuidadores primarios, esta correspondió a las labores del hogar con 52.63 % (10), acorde con estudios efectuados en México como el de Quintero y Valdés (2013) que aluden que la mayoría de cuidadores se dedican a dicha ocupación. De igual forma, el estado civil de predominio fue el de casado con el 68.62 % (13), que no difiere con los estudios anteriormente mencionados.

Por lo que se refiere, al tiempo promedio que llevan los cuidadores primarios a cargo de su paciente, este es de 3 años 11 meses, mayor al promedio encontrado por Ramos del Río y Jarillo (2014), que fue de 2.4 años. Acerca de el parentesco de los cuidadores con el paciente, en esta muestra es de “hija” 52.63 %; que se diferencia con otros estudios como el de Quintero y Valdés (2013), que mencionan que el parentesco del cuidador con el paciente es de “esposa”.

Ahora bien, por lo que se refiere a los niveles de depresión alcanzado por los cuidadores primarios durante el pretest, se evidenció en 6 casos (3 leves, 2 moderados y 1 severo), siendo el 31.57 % de la muestra. En cuanto a los niveles de ansiedad Estado obtenidos durante el pretest fueron 16 casos (8 nivel medio y 8 alto) que corresponde al 84.21 % de la muestra. Acerca de, los niveles de ansiedad Rasgo, estos fueron 19 casos (10 nivel medios y 9 alto) que corresponde al 100 % de la muestra. Lo cual permite inferir que los niveles de ansiedad y depresión que presentaron los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados de este estudio, no discrepan con los hallazgos de otros estudios como el de Velázquez y Espín (2014) donde mencionan que el 100 % de cuidadores primarios presentaron depresión y ansiedad, en su mayoría niveles altos. Aunado a lo anterior, Moure (2011) también menciona que el 65 % de su muestra presentó ansiedad como rasgo y estado. En tanto que depresión como Rasgo el 45 % de la muestra puntuó con valores altos y el 41.7 % valores moderados. De igual manera, depresión como Estado el 43.33 % puntuaron con valores altos y 33.33 valores moderados.

Por consiguiente, los trastornos de ansiedad y depresión, el descuido de la salud, cansancio, aislamiento, disminución de las actividades sociales, incremento de la carga de trabajo y conflictos sexuales; son problemas que se pueden presentar cuando se es cuidador primario de pacientes dializados y hemodializados como bien lo menciona Arechabala et al. (2011). Además, se pueden agudizar las dificultades en el área familiar, personal y social; por ende, la falta de estima o incluso la afectación de sus proyectos de vida como lo señala Moure (2011).

De ahí la importancia de haber efectuado un programa de intervención cognitivo conductual para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en los cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados, ya que de acuerdo con Camacho y Galán (2015), se proponen

estrategias de intervención psicológica, como son el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva y psicoeducación.

Si bien el programa de intervención cognitivo conductual efectuado en los cuidadores primarios, tuvo los resultados instrumentales esperados, es decir la disminución de los niveles de ansiedad y depresión a corto plazo, posiblemente a largo plazo se pueda corroborar si estos cambios persisten en el tiempo, basándose en lo que dice Hernández y Sánchez (2012), que la psicoterapia cognitivo conductual ayuda a explicar la causa de un problema, dando un sentido diferente a los que está pasando, lo que lleva a lograr verdaderos cambios cognitivos conductuales.

27.2 Aspectos metodológicos

Para recabar la muestra del estudio, se tuvo acceso a la base de datos de pacientes dializados y hemodializados del Hospital Regional del ISSSTE ubicado en la ciudad de Oaxaca, de la cual se obtuvo un listado de cuidadores primarios residentes en dicha ciudad; a los cuales se contactó vía telefónica para invitarlos a asistir al programa de intervención cognitivo conductual, de un total de 67 cuidadores confirmaron 27. Cabe mencionar, que en la ciudad de Oaxaca son constantes los bloqueos de calles, marchas, etc., por lo que desafortunadamente el día programado para la sesión de preevaluación; por una de estas manifestaciones sólo se presentaron 12 cuidadores, el resto no llegaron por falta de transporte y los que llegaron lo hicieron caminando varios kilómetros. Por lo que, nuevamente se invitó a las personas que no pudieron asistir a la primera cita; pero lamentablemente, una manifestación más solo permitió la llegada de 9 personas de las cuales se quedaron 7, conformándose así una muestra de 19 participantes. Por razones laborales, cuidado de los pacientes, entre otras, se conformaron dos grupos; uno integrado por 7 participantes y otro con

12, el primero asistía los viernes y el segundo los sábados; replicando con cada uno de ellos las sesiones, finalmente durante el cierre del taller se integraron todos.

La alternativa de solución, para captar un mayor número de participantes en los posibles programas de intervención cognitivo conductual dirigido a cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados, es hacer un frente común con el personal de enfermería, ya que el propio personal de los servicios de diálisis y hemodiálisis refirieron que es muy importante se aborden trastornos como la ansiedad o la depresión, desde el ámbito de la Psicología de la Salud. El personal de estos servicios; refirió que en ocasiones es requerido por los cuidadores primarios para orientarlos sobre cómo resolver sus problemas psicológicos. Por lo que, la sugerencia es implementar una intervención cognitivo conductual de forma conjunta con el curso de inducción de dializado, con lo que se podría entrenar a un mayor número de cuidadores con técnicas de terapia cognitivo conductual para prevenir trastornos de ansiedad o depresión a futuro.

Por otra parte, no hubo problemas con la pre y post evaluación, ya que los cuidadores primarios adscritos en esta Institución de salud, son personas respetuosas que se comprometieron con el programa de intervención cognitivo conductual dirigido a cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados, por lo que colaboraron en todas y cada una de las actividades. En cuanto a los instrumentos de medición, cabe mencionar que no se presentaron confusiones en el llenado del Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y el Autorregistro de respuestas de ansiedad y depresión.

El valor práctico de este trabajo, es favorecer el entrenamiento de cuidadores primarios de pacientes dializados y hemodializados, con técnicas de terapia cognitivo conductual; para prevenir o disminuir los posibles trastornos de ansiedad y depresión en esta población.

28. REFERENCIAS

- Arechabala, M. C., Catoni, M.I., Palma, E. y Barrios, S. (2011). Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. *Revista Panamá en Salud Pública*, 30 (1), 74-79. Recuperado de: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a11.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría APA. (2014). *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. España: Medica Panamericana.
- Astudillo, W. y Mendinueta, A. (2008). *Necesidades de los cuidadores de los pacientes crónicos. Derecho de los enfermos y cuidadores. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa*. Recuperado de: http://info gerontologia.com/documents/burnout/pac_cronico_y_cuidadores.pdf
- Ávila-Saldívar, M. N. (2013). Enfermedad Renal Crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. *Medicina Interna de México*, 29 (2), 148-153). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim132e.pdf>
- Ávila-Toscano, J. (2009). Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. *Ciencia y Tecnología*, 2 (2), 65-73). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4905171>
- Aymara, S. y Castañeda, V. (2006). Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *MEDISAN*, 10 (4). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_04_06/san05406.htm
- Azcarate-García, E., Ocampo-Barrio, P. y Quiroz-Pérez. (2006). Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(2), 97-102. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062f.pdf>
- Caballo, V. E. (2015). *Manual de técnicas de Terapia y modificación conductual*. España: Siglo XXI.
- Camacho, E. J. y Galán, S. (2015). *Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud*. México: Editorial Moderno. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=sPEVCgAAQBAJ&pg=PT134&dq=insuficiencia+renal+cr%C3%B3nica+definici%C3%B3n&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=insuficiencia%20renal%20cr%C3%B3nica%20definici%C3%B3n&f=false
- Cambell, W. (2007). *Urología*. España: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=l-JpiUx1ekEC&pg=PA1345&dq=etiologia+de+la+insuficiencia+Renal+cr%C3%B3nica&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=etiologia%20de%20la%20insuficiencia%20Renal%20cr%C3%B3nica&f=false

- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastorno de la Ansiedad*. USA: Desclée de Brouwer.
- Covarrubias, A. (2016). *Mientras cuidas a un ser querido*. Estados Unidos: Palibrio. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=LyGCwAAQBAJ&pg=PT9&dq=cuidador+primario&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=cuidador%20primario&f=false
- Cuervo, A. & Izzedin, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en niños. *Tesis Psicológica*, 2, 35-47. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139012670004.pdf>
- Domenech, Y. (1998). Los grupos de autoayuda como estrategias de intervención en el apoyo social. *Cuadernos de trabajo social*, 6, 179-195. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2753713>
- Doron, R. y Parot, F. (2008). *Diccionario Akal de Psicología*. España: Edición Akal. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=UKWPwux2JtYC&printsec=frontcover&dq=definicion+de+ansiedad&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Espada, J. (1995). Estudio de perfiles de ansiedad a través del I.S.R.A. (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4008701.pdf>
- Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7 (39). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004
- Flores, J. C., Alvo, M., Borja, H., Morales, J., Vega, J. Zúñiga, C. Müller, H. y Münzenger, J., (2009). Enfermedad Renal Crónica: clasificación, identificación y manejo de complicaciones. *Revista Médica Chilena*, 137, 137-177. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n1/art26.pdf>
- Garry, M. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta; qué es y cómo aplicarla*. España: Pearson.
- Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M. (2008). *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Colombia: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=LSKfF9f7xF4C&pg=PA681&dq=definici%C3%B3n+de+psicoeducacion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjLzZ2QunWAhXJ4yYKHSKNA50Q6AEIJzAA#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20psicoeducacion&f=false>
- González, M. F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Gorostidi, M., Santamaria, R., Alcázar, R., Fernández-Fresnedo, G., Galceran, J. M., Goicochea, M., Oliveras, A., Portoles, J., Rubio, E., Segura, J., Aranda, P., De Francisco, A.L.M., Del Pino, M. D., Fernández-Vega, F., Gorritz, J. L., Luño, J., Marín, R., Martínez, I., Martínez-Castelao, A., Orte, L. M., Quereda, C., Rodríguez-Pérez, J. C., Rodríguez, M. y Ruilope, L. M. (2014). Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KIDIGO para

la evaluación y tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 34 (3), 302-316. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n3/especial2.pdf>

Guevara, I. V., Hernández, J. I. & Irahet, R. M. (2016). Diagnóstico de necesidades de autocuidado en familias cuidadores/as de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, que reciben atención en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada Monseñor Oscar Arnulfo Romero, en la Comunidad Ciudad Romero de la Zona Costa de Jiquilisco en el año 2016 y propuesta de Programa para el fortalecimiento de la Salud Mental de cuidador/a. (*Informe Final de Investigación para optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología*). Recuperado de: <http://ri.ues.edu.sv/12909/1/14103104.pdf>

Hall, J. E. y Guyton, A. C. (2011). *Tratado de fisiología médica*. España: G EA Consultoría Editorial. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=UMYoE90LPmcC&pg=PT1479&dq=insuficiencia+renal&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=insuficiencia%20renal&f=false

Hernández, N. A. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos de la salud*. Libros en Red. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=EzlwZg_aH6AC&oi=fnd&pg=PA9&dq=terapia+cognitivo+conductual+fundamentos+teoricos&ots=VMebevgvSm-&sig=xMJ7X6mmZ4oyjphLMbRZmN3mBAs#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20conductual%20fundamentos%20teoricos&f=false

Hidalgo, A. y Montalvo, L. (2010). *Vivir con insuficiencia renal*. España: Safe Creative. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=7elpCwAAQBAJ&pg=PA171&dq=insuficiencia+renal&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=insuficiencia%20renal&f=false

IMSS. (2009). *Evaluación de los riesgos considerados en Programa de Administración de Riesgos Institucionales*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/PARI/parievaluacion2009.pdf>

Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: UOC. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=GL39_Yi_HQEC&pg=PA119&dq=definici%C3%B3n+de+ansiedad&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20ansiedad&f=false

Kort, F. (2006). *Psicoterapia Conductual y Cognitiva*. Venezuela: CEC, S.A. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=YA7Sm0kbXuMC&pg=PA194&dq=Psicoterapia+Conductual+y+Cognitiva+de+Kort&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwujw6vx-nWAhXJ4SYKHWqkAo4Q6AEIJzAA#v=onepage&q=Psicoterapia%20Conductual%20y%20Cognitiva%20de%20Kort&f=false>

Ledon, L. (2011). Enfermedades crónicas y la vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37 (4), 488-499. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n4/spu13411.pdf>

Licona, M. C., López, F. y Del Castillo. (2015). Estrategia de afrontamiento, estrés y estilo de apego en cuidadores primarios en pacientes con IRC del IMSS de Hidalgo. *Revista Huella*

de la Palabra, 9. 57-70. Recuperado de:
<http://www.lasallep.edu.mx/xihmai/index.php/huella/article/view/375/348>

OMSS. (2016). *Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

OPS/OMS. (2014). Renal Failure and Chronic Kidney Disease (CKD) mortality visualization. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9402&Itemid=41166&lang=es

OPS/OMS. (2015). *La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad Renal y a mejorar el acceso del tratamiento*. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud*. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253079/1/A69_39-sp.pdf?ua=1

Osuna, I. A. (2016). *Proceso del cuidado nutricional en la enfermedad renal crónica. Manual para el profesional de la nutrición*. México: El Manual Moderno. Recuperado de:
https://books.google.com.mx/books?id=410JDAAAQBAJ&pg=PT5&dq=tratamiento+de+las+enfermedades+renales&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=tratamiento%20de%20las%20enfermedades%20renales&f=false

Márquez, S. y Garatache, N. (2009). *Actividad Física*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Recuperado de:
https://books.google.com.mx/books?id=isxZr7nS2n8C&pg=PA103&dq=La+Depresi%C3%B3n+y+su+Etiolog%C3%ADa&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=La%20Depresi%C3%B3n%20y%20su%20Etiolog%C3%ADa&f=false

Méndez-Durán, A., Ignorosa-Luna, M. H., Pérez-Aguilar, G., Rivera-Rodríguez, F. J., González-Izquierdo, J. J., Dávila-Torres, J. (2016). Estado actual de las terapias sustitutiva de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro social. *Revista Médica del Seguro Social*, 54 (5), 588-593. Recuperado de:
http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/rt/printerFriendly/481/982

Mendoza, L. y Caro, M. E. (1999). *Manual de Grupos de Autoayuda. Sugerencia para organizar y establecer y dirigir grupos de autoayuda*. México: Gobierno del Distrito Federal.

Morrison, V. y Bennet, P. (2008). *Psicología de la Salud*. España: Pearson Prentice Hall.

Moure, P. (2011). Manifestaciones de ansiedad, depresión e ira, en cuidadores principales con tratamiento hemodialítico. (*Tesis en Opción al Título de Master en Psicología Médica*). Recuperado de:
<http://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/3820/Tesis%20Maestr%C3%ADa%20Patricia%20Moure%20R..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Nezu, A.M, Nezu, C.M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales, un enfoque basado en problemas*. México: El Manual Moderno. Recuperado de: <http://cideps.com/wp-content/uploads/2014/05/Cognitivo-Conductuales-ledi1.pdf>
- Peón, M. J. (2004). Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Prevención y cuidados en el “Síndrome del cuidador”. *Enfermería Científica*, 264-265. Recuperado de: <http://mural.uv.es/pamuan/DOCUMENTOS%20UTILES/atencion%20en%20enfermeria%20cuidadores.pdf>
- Pérez, A. H. (2014). *Manual CTO de Medicina y Cirugía Psiquiatría*. México: Editorial CTO.
- Piña, J. A. (2004). La psicología y los psicólogos en el sector salud: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 191-205. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/337/33740111/>
- Polaino-Lorente, A., Abad, M., Martínez, P. y Del Pozo, A. (2000). *¿Qué puede hacer el médico por la familia del enfermo? El impacto del enfermo en la familia*. España: Rialp, S. A. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=Ti3KmXN--yEC&oi=fnd&pg=PA13&dq=impacto+en+las++familias+que+tienen+pacientes+con+enfermedad+renal&ots=DVMhOXtwUf&sig=NgLKrKQRrThUp2e8Y3Ld7rGnj8Q#v=onepage&q&f=false>
- Quintero, R. M. y Valdés, A. L. (2013). Estilos de afrontamiento y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes en hemodiálisis. (*Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología*). Recuperado de: http://biblioteca.itson.mx/dac_new/tesis/666_valdez_ana.pdf
- Ramos del Río, B. y Jarillo, E. C. (2014). El cuidado informal de personas con Enfermedad Renal crónica. Una mirada desde la salud colectiva y la teoría de las representaciones. *En-claves del pensamiento*, 3 (5), 195-216. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2014000100195
- Rivera, A., López, M., Sandoval, R. y Gómez, J. (2013). Pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria y cuidadores primarios: semejanzas y diferencias. *Psicología y Salud*, 23 (2), 195-207. Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Armando%20Rivera%20Ledesma.pdf>
- Rodríguez, P. (2008). *Sobreactivación y ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S. A.
- Ruíz, M. A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2011). *Manual de intervención cognitivo-conductual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Silva, R. A. (1992). *Lógica de la inferencia estadística*. México: Trillas.
- Velázquez, Y. y Espín, A. M. (2014). Repercusiones Psicosociales y carga del cuidador informal de personas con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. *Revista Cubana de Salud Pública*, 4 (1), 3-17. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430496002>

28. Anexos

ANEXO 1

Carta de Práctica

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 SECRETARÍA GENERAL ACADÉMICA
 COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN A DISTANCIA



L. E. CHRISTOPHER OSUNA ALTAMIRANO
 JEFE DE ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA
 HOSPITAL REGIONAL "PRESIDENTE JUÁREZ" ISSSTE

Oficio: FESI/AAE/Prácticas/698/2018-1

Presente

Por este conducto permito solicitarle de la manera más atenta, su apoyo y autorización para que los alumnos enlistados:

Nombre(s), Apellido(s)	No. Cuenta
Elsa López Domínguez	413133098

Pertenecientes a la Licenciatura en Psicología del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia de la UNAM; tengan acceso a la institución a su digno cargo para realizar:

Intervención cognitivo conductual para disminuir niveles de depresión y ansiedad en cuidadores primarios de pacientes con tratamiento de diálisis y hemodíalisis.

Durante el plazo que comprende: Del viernes 29 de septiembre al sábado 4 de noviembre de 2017

Esto con el fin de cubrir actividades correspondientes a la asignatura:

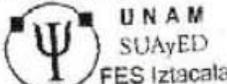
Seminario de Titulación

A cargo del profesor-tutor Mtra. Helene Judith López Rodríguez

Agradezco el apoyo que le pueda proporcionar a nuestros alumnos, no solo con su autorización sino también con su amable asesoría, de la cual esperamos pueda ratificarnos mediante la emisión de una constancia; siempre y cuando los alumnos tengan apego a todas las actividades específicamente profesionales que les sean encomendadas con responsabilidad y ética.

Sin otro particular por el momento, reciba usted mi más alta consideración y respeto.

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"
 Los Reyes Iztacala a 2 de octubre de 2017.

 
 Dra. Anabel de la Rosa Gómez
 Coordinadora
 Psicología SUAyED UNAM Iztacala

c.c.p. Mtra. Helene Judith López Rodríguez, Tutor Académico
 c.c.p. Archivo.



Oficina de Asuntos Estudiantiles
 Psicología SUAyED Iztacala
 Tel: (0155) 5623 1119
 asuntos.estudiantiles@red.unam.mx

ANEXO 2**Consentimiento informado**

Por este medio doy mi consentimiento libre, consciente e informado para participar en coordinación de la estudiante del 9º semestre de la carrera de Psicología del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia de la UNAM (SUAYED) abajo nombrada, en un curso-taller de intervención con técnicas cognitivo-conductuales para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores primarios. Asimismo, autorizo para se me apliquen los siguientes instrumentos de evaluación psicométrica: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) e Inventario de Depresión de Beck.

De igual manera autorizo la toma de fotos ____ de las sesiones que tengamos, para que a través de ellos reciba supervisión de su Directora de Manuscrito Recepcional sobre la práctica.

Tanto los datos; como las fotos, sólo serán utilizados con fines de supervisión y comprobación de la práctica guardando confidencialidad de los mismos.

Nombre completo y firma del participante quien apoyará en el desarrollo del programa de Intervención cognitivo-conductual en el cuidador primario de pacientes con diálisis y hemodiálisis.

Nombre completo y firma de la alumna.

Oaxaca de Juárez, Oaxaca, a ____ de _____ del 2017.

ANEXO 3 "A"

IDARE

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

Participante: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas de las expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa a sus sentimientos ahora.

	N0 EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado.	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento a punto de explotar	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

ANEXO 3 "B"

IDARE

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

Participante No. _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas de las expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa a sus sentimientos generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI- SIEMPRE
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Me canso rápidamente	1	2	3	4
3. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
4. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
5. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
6. Me siento descansado	1	2	3	4
7. Soy una persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
8. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
10. Soy feliz	1	2	3	4
11. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
12. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
13. Me siento seguro	1	2	3	4

14. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
15. Me siento melancólico	1	2	3	4
16. Estoy satisfecho	1	2	3	4
17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
18. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
19. Soy una persona estable	1	2	3	4
20. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Anexo 4

Inventario de Depresión de Beck

Participante No. _____ Fecha _____

A continuación, aparecen un grupo de alternativas con una letra delante de cada una. Estas alternativas están agrupadas por números. Usted deberá escoger una de ellas, es decir, sólo una letra, por cada número.

1

- A. No estoy triste.
- B. Siento desgano de vivir, o bien; estoy triste.
- C. Siento desgano de vivir, o bien; estoy siempre triste y no lo puedo remediar.
- D. Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

2

- A. No estoy demasiado pesimista, ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.
- B. Creo que no debo esperar ya nada.
- C. Creo que jamás me liberaré de mis penas y sufrimientos.
- D. Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación.

3

- A. No tengo la sensación de haber fracasado.
- B. Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena.
- C. Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.
- D. Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.
- E. Creo que he fracasado por completo.

4

- A. No estoy particularmente descontento
- B. Casi siempre me siento aburrido.
- C. No hay nada que me alegre como me alegraba antes.
- D. No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción.
- E. Estoy descontento de todo.

5

- A. No me siento particularmente culpable.
- B. Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.
- C. Me siento culpable.
- D. Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.
- E. Considero que soy malo, que hago todo mal y que no valgo nada absolutamente.

6

- A. No tengo la impresión de merecer un castigo.
- B. Creo que me podría pasar algo malo.
- C. Tengo la impresión de que ahora o muy pronto voy a ser castigado.
- D. Creo que merezco ser castigado.
- E. Quiero ser castigado.

7

- A. No estoy descontento de mí mismo.
- B. Estoy descontento de mí mismo.
- C. No me gusto a mí mismo.
- D. No me puedo soportar a mí mismo.
- E. Me odio.

8

- A. No tengo la impresión de ser peor que los demás.
- B. Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.
- C. Me hago reproches por todo lo que no sale bien.
- D. Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.

9

- A. No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.
- B. A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no lo haré.
- C. Pienso que sería preferible que muriese.
- D. He planeado como podría suicidarme.
- E. Creo que sería mejor para mi familia que yo muriese.
- F. Si pudiera me suicidaría.

10

- A. No lloro más de lo corriente.
- B. Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente.
- C. Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.
- D. Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera como lo hacía antes.

11

- A. No me siento más irritado que de costumbre.
- B. Me enfado o me irrito con más facilidad que antes.
- C. Estoy constantemente irritado.
- D. Ahora no me irritan las cosas que antes me enfadaban.

12

- A. No he perdido el interés por los demás.
- B. Me intereso por los demás menos que antes.
- C. He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.
- D. Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.

13

- A. Tengo la misma facilidad de antes para tomar decisiones.
- B. Ahora me siento seguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.
- C. Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.
- D. Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea la que sea.

14

- A. No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.

- B. Temo que mi aspecto cause mala impresión o de aparecer avejentado (a).
- C. Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto.
- D. Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

15

- A. Trabajo con la misma facilidad que siempre.
- B. Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
- C. Ya no trabajo tan bien como antes.
- D. Tengo que hacer un buen esfuerzo para realizar cualquier cosa.
- E. Me siento incapaz de realizar cualquier trabajo por pequeño que sea.

16

- A. Duermo bien como de costumbre.
- B. Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.
- C. Me despierto una o dos veces más temprano que antes y me cuesta trabajo volver a dormir.
- D. Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

17

- A. no me canso antes que de costumbre.
- B. Me canso más pronto que antes.
- C. Me canso de hacer cualquier cosa.
- D. Me agoto mucho de hacer cualquier cosa.

18

- A. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- B. No tengo apetito como antes.
- C. Tengo mucho menos apetito que antes,
- D. No tengo en absoluto ningún apetito.

19

- A. No he perdido peso, y si lo he perdido es desde hace muy poco.
- B. He perdido más de 2 Kg. de peso.
- C. He perdido más de 4 Kg. de peso.
- D. He perdido más de 7 kg. de peso.

20

- A. Mi salud no me preocupa más que de costumbre.
- B. Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares.
- C. Mis molestias físicas me preocupan tanto que resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
- D. No hago nada más en absoluto, que pensar en mis molestias físicas.

21

- A. No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.
- B. Me intereso menos que antes por las cosas relativas al sexo.
- C. Me intereso ahora mucho menos que antes por lo referente al sexo-
- D. He perdido todo el interés por las cosas del sexo.

ANEXO 5 "A"

AUTORREGISTRO DE RESPUESTAS DE ANSIEDAD

Fecha del registro _____

Participante:														Total
1. Respuesta motora o conductual Evito o escape de situaciones. Hago movimientos repetitivos: rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc. Me tiembla la voz o tartamudeo. Fumo o bebo demasiado. Como compulsivamente. Lloro fácilmente. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.	Frecuencia													
	Intensidad													
2. Respuesta cognitiva Me preocupo fácilmente. Siento miedo. Me siento inseguro de mí mismo. Doy vueltas a un asunto y no tomo decisiones. Me cuesta concentrarme. Pienso negativamente sobre mí, que soy "torpe", "tonto", etc.	Frecuencia													
	Intensidad													
3. Respuesta fisiológica Me tiemblan las manos o piernas. Tengo sensación de mareo y náuseas. Tengo palpitaciones y el corazón me late de prisa. Me sudan las manos u otras partes mi cuerpo, aunque haga frío. Siento molestias estomacales Tengo la sensación de boca seca. Siento escalofrío y tirito, aunque no haga frío. Tengo dolor de cabeza. Siento mi cuerpo tenso.	Frecuencia													
	Intensidad													

La frecuencia se registra cada vez que la conducta problema ocurre.

La intensidad se registra en una escala del 1 al 10, donde 1 es casi nada y 10 es el punto máximo.

ANEXO 5 "B"**AUTORREGISTRO DE RESPUESTAS DE DEPRESIÓN**

Fecha del registro _____

Participante:														Total	
1	Comportamiento	Frecuencia													
	<i>tristeza</i>	Intensidad													

La frecuencia se registra cada vez que la conducta problema ocurre.

La intensidad se registra en una escala del 1 al 10, donde 1 es casi nada y 10 es el punto máximo.

ANEXO 6

Desglose de las tablas de los registros conductuales.

En la **figura 4**, *el participante 1*; muestra decremento de la frecuencia de las respuestas de ansiedad motora de forma consecutiva durante las 5 semanas. *El participante 2*, tendencia de la conducta decrematar a lo largo de las cinco semanas de la intervención. *Participante 3*, la conducta en la primera y segunda semana permanece estable, decremta gradualmente durante la tercera, cuarta y quinta semana. *Participante 4*, conducta estable durante primera y segunda semana, tendencia a decrematar durante, la cuarta y quinta semana. *Participante 5*, primera y segunda semana conducta estable, decremta a partir de la tercera a quinta semana. *Participante 6*, tendencia de la conducta a decrematar de forma gradual durante las cinco semanas. *Participante 7*, conducta que incrementa la segunda semana, se extingue durante la tercera y cuarta semana, en a la quinta semana incrementa, aunque de forma general decremta durante la intervención. *Participante 8*, conducta que se extingue en la segunda semana, incrementa en la tercera y la cuarta semana se extingue. *Participante 9*, sin variaciones durante cuatro semanas y se extingue en la quinta. *Participante 10*, conducta estable primera y segunda semana, decremta durante la tercera a la quinta semana. *Participante 11*, decremta en la segunda semana, se mantiene estable durante tres semanas, extinguiéndose en la quinta semana. *Participante 12*, conducta estable durante dos semanas, decremta la tercera semana y se mantiene estable la cuarta y quinta semana. *Participante 13*, conducta con tendencia a decrematar en la segunda semana, estable tercera y cuarta e incrementa en la quinta semana *Participante 14*, conducta estable durante dos semanas, decremta en la tercera y cuarta semana, permaneciendo estable en la quinta. *Participante 15*, conducta estable durante tres semanas, tendencia a decrematar en la cuarta y se extingue en la quinta semana. *Participante 16*, Conducta estable dos semanas, tercera semana incrementa, en la cuarta disminuye y permanece estable en la quinta. *Participante 17*, conducta estable durante dos semanas, en la tercera incrementa, disminuye en la cuarta y permanece estable en la quinta semana. *Participante 18*, conducta estable dos semanas, decremta la tercera y cuarta semana, continuando estable en la quinta semana. *Participante 19*, tendencia a decrematar a lo largo de la intervención. Se concluye que el Programa de intervención cognitivo conductual logró impactar en la ansiedad motora.

Figura 5. la intensidad de la ansiedad motora del participante *1* muestra una tendencia al decremento durante las cinco semanas. *Participante 2*, la intensidad de la conducta decremto a lo largo de las cinco semanas. *Participante 3*, decremento de la conducta de la primera a tercera semana, cuarta semana incrementa y en la quinta disminuye. *Participante 4*, conducta incrementa intensidad la segunda semana, decremta la tercera, estable la cuarta semana y decremta en la quinta. *Participante 5*, intensidad incrementa durante la segunda semana, decremta de la tercera a la quinta semana. *Participante 6*, decremento de la intensidad de la conducta a lo largo de las cinco semanas. *Participante 7*, intensidad estable dos semanas y se extingue a partir de la tercera semana. *Participante 8*, intensidad que en extinción la segunda semana, incrementa la tercera semana y se extingue a partir de la cuarta semana. *Participante 9*, se mantiene sin cambios durante 4 semanas, para extinguirse en la quinta semana. *Participante.10*, intensidad de la conducta aumenta en la segunda semana, y disminuye en la cuarta y quinta semana, manteniéndose estable la quinta semana. *Participante 11*, intensidad de la conducta que decremta durante 4 semanas y se extingue en la quinta semana. *Participante 12*, intensidad de la conducta con tendencia a decrematar a lo largo de la intervención. *Participante 13*, decremta la segunda semana y se

mantiene estable tres semanas. *Participante 14*, intensidad de la conducta estable dos semanas, decrementa la segunda y tercera semana, manteniéndose estable la quinta semana. *Participante 15*, intensidad estable durante dos semanas, decrementa la cuarta y tercera semana, extinguiéndose la quinta semana. *Participante 16*, estable dos semanas y decrementa a partir de la tercera a la quinta semana. *Participante 17*, estable durante dos semanas y decrementa a partir de la tercera a la quinta semana. *Participante 18*, intensidad de la conducta que incrementa en la segunda semana y decrementa de la tercera a la quinta semana. *Participante 19*, muestran tendencia a incrementar durante la segunda semana y decrementa de la tercera a la quinta semana. Se concluye que el Programa de intervención cognitivo conductual logró impactar en la ansiedad motora.

Figura 6. Se observa que las respuestas de ansiedad cognitiva del *participante 1*, se extinguieron durante las semanas dos y tres, incrementando durante la semana 4, quedando igual que al inicio de la línea base. *Participante 2*, la tendencia fue de extinción en la segunda y tercera semana, para incrementar en cuarta semana y en la quinta semana quedar como al inicio de la línea base. *Participante 3*, decremento de la conducta durante tres semanas, incrementando en la cuarta semana, para decrementar en la quinta semana. *Participante 4*, se observa un decremento consecutivo de la conducta. *Participante 5*, conducta estable durante dos semanas, decrementa en la tercera semana, estable en la cuarta semana y decrementa en la quinta semana. *Participante 6*, decrementa en la segunda y tercera semana, estable en la cuarta y se extingue en la quinta semana. *Participante 7*, decrementa en la segunda semana, incrementa en la tercera, decrementa en la cuarta e incrementa en la quinta semana, aunque de forma la tendencia fue de decremento. *Participante 8*, durante dos semanas permaneció estable, se extinguió en la tercera y cuarta semana, incrementándose en la quinta semana para quedar igual que en la línea base. *Participante 9*, se mantuvo sin cambios durante toda la intervención. *Participante 10*, estable durante dos semanas, decrementando la tercera y cuarta semana, manteniéndose estable en la quinta semana.: *Participante 11*, En la primera semana no se presenta la conducta, en la segunda semana se presenta la conducta y se extingue a partir de la tercera semana. *Participante 12*, muestra decremento durante cuatro semanas, manteniéndose estable en la quinta semana. *Participante 13*, decrementa la conducta durante la segunda semana, se mantiene estable la tercera semana, se extingue en la cuarta e incrementa en la quinta semana, de forma general muestra decremento. *Participante 14*, conducta estable durante dos semanas, decrementa la tercera y cuarta semana, manteniéndose estable en la quinta semana. *Participante 15*, conducta que incrementa en la segunda semana, decrementa en la tercera y cuarta, manteniéndose estable en la quinta semana. *Participante 16*, conducta estable dos semanas, incrementa en la cuarta, decrementa en la tercera y se mantiene estable en la quinta semana. *Participante 17*, conducta estable durante sin cambio durante tres semanas, decrementando la tercera y cuarta semana. *Participante 18*, conducta estable durante dos semanas, decrementa la tercera y cuarta semana, se mantiene estable en la quinta semana. *Participante 19*, conducta estable durante dos semanas, decrementa la tercera y cuarta semana, se mantiene estable en la quinta semana. Se concluye que el Programa de intervención cognitivo conductual logró un menor impacto en la ansiedad cognitiva.

Figura 7. La intensidad de la ansiedad cognitiva del *Participante 1*, se extingue durante la segunda y tercera semana, incrementando en la cuarta y decrementando en la quinta semana, quedando como al inicio de la línea base. *Participante 2*, la intensidad de la conducta se extinguió durante dos semanas, en la cuarta semana incremento y en la quinta decrementó, quedando igual que al inicio de la línea base. *Participante 3*, Decremento consecutivo de la intensidad de la conducta, durante las cinco semanas de intervención. *Participante 4*, la tendencia fue de

decremento en la segunda y tercera semana, en la cuarta se mantuvo estable y en la quinta semana decrementó. *Participante 5*, la intensidad de la conducta incremento en la segunda semana, decrementando de la tercer a la quinta semana. *Participante 6*, la intensidad decrementó durante la segunda y tercera semana, estable durante la cuarta semana y extinguiéndose durante la quinta semana. *Participante 7*, la intensidad de la conducta decrementó en la segunda semana, incrementó en la tercera, decremento en la cuarta e incrementó en la quinta semana, aunque la tendencia de forma general fue de decremento. *Participante 8*, La intensidad de la conducta se extinguió de la segunda a la cuarta semana, en la quinta semana se mostró la misma intensidad de la línea base. *Participante 9*, sin cambios durante toda la intervención. *Participante 10*, tendencia a decrementar a lo largo de la intervención. *Participante 11*, aparece la intensidad de la conducta en la segunda semana de la intervención, pero se extingue a partir de la tercera semana. *Participante 12*, muestra tendencia a decrementar a lo largo de la intervención. *Participante 13*, decremента la conducta en la segunda semana, estable en la tercera, se extingue en la cuarta y reaparece en la quinta, la tendencia general es de decremento. *Participante 14*, intensidad estable durante dos semanas, decremента en la segunda y tercera semana, se mantiene estable durante la quinta semana. *Participante 15*, la intensidad de la conducta incrementó en la segunda semana, decrementando de la tercera a la quinta semana. *Participante 16*, la intensidad de la conducta permaneció estable dos semanas, incrementó en la tercera, decremento en la segunda y se mantuvo estable en la quinta semana. *Participante 17*, la intensidad se mantuvo estable durante dos semanas, decrementando de la tercera a la quinta semana. *Participante 18*, tendencia a decrementar a lo largo de la intervención. *Participante 19*, muestran tendencia a incrementar en la segunda semana, pero posteriormente se observa decremento de la tercera a la quinta semana. Se concluye que el Programa de intervención cognitivo conductual logró un menor impacto en la ansiedad cognitiva.

Figura 8. Las respuestas de ansiedad fisiológica del *participante 1* disminuyeron de forma consecutiva durante las 5 semanas. *Participante 2*, presentó una tendencia a decrementar durante 4 semanas de la intervención, para incrementar durante la quinta semana. *Participante 3*, la conducta tuvo una tendencia a decrementar durante cuatro semanas y se mantuvo estable en la quinta semana. *Participante 4*, incrementó la conducta durante dos semanas y decrementó durante la cuarta y quinta semana. *Participante 5*, incrementó la conducta durante dos semanas y se extinguió a partir de la cuarta semana. *Participante 6*, tendencia a decrementar durante tres semanas, permaneciendo estable la cuarta y quinta semana. *Participante 7*, la conducta se extinguió en la segunda semana, incrementando en la tercera, decrementando en la cuarta semana e incrementando en la quinta; aunque la tendencia general fue de decremento. *Participante 8*, estable durante cuatro semanas y en la quinta semana se extingue. *Participante 9*, con tendencia a decrementar durante la segunda y tercera semana, extinguiéndose a partir de la cuarta semana. *Participante 10*, la conducta permanece estable dos semanas, decremента en la tercera, se extingue en la cuarta e incrementa en la quinta semana, aunque la tendencia general es de decremento. *Participante 11*, muestra decremento durante la segunda y tercera semana, incrementándose la cuarta semana, incrementando en la quinta semana quedando como al inicio de la línea base. *Participante 12*, conducta estable, durante dos semanas, decremента la tercera y cuarta semana, permaneciendo estable durante la quinta semana. *Participante 13*, decremента la segunda semana y permanece estable la tercera y cuarta semana, extinguiéndose en la quinta semana. *Participante 14*, conducta que muestra decremento en la segunda semana, decremento en la tercera y cuarta, extinguiéndose en la quinta semana. *Participante 15*, conducta con tendencia a decrementar a lo largo de la intervención. *Participante 16*, conducta estable durante dos semanas, incrementa en la tercera semana, disminuye en la cuarta y permanece estable en la quinta semana. *Participante 17*,

conducta que decremента en la tercera semana, incrementa en la cuarta y decremента en la cuarta y quinta semana. *Participante 18*, conducta estable durante dos semanas, decremента en la tercera y cuarta semana, permaneciendo estable en la quinta semana. *Participante 19*, tendencia a incrementar durante la segunda y tercera semana, decremutando la cuarta y quinta semana. Se concluye que el Programa de intervención cognitivo conductual logró impactar la ansiedad fisiológica.

Figura 9. La intensidad de la conducta del *Participante 1* fue de decremento durante cuatro semanas, en la quinta se incrementó, aunque de manera general la tendencia fue de decremento. *Participante 2*, la intensidad decremuto durante cuatro semanas, incrementándose en la quinta semana, aunque la tendencia general fue de decremento. *Participante 3*, la tendencia de la conducta fue de decremento durante cuatro semanas, permaneciendo estable durante la quinta semana. *Participante 4*, la intensidad de la conducta permaneció estable durante dos semanas, decremuto en la cuarta semana, permaneciendo estable en la quinta semana. *Participante 5*, se observa un incremento durante la segunda semana, permanece estable en la tercera semana y se extingue a partir de la cuarta semana. *Participante 6*, intensidad decremuto en la segunda y tercera semana, permaneciendo estable en la cuarta semana, para finalmente extinguirse en la quinta. *Participante 7*, la intensidad de la conducta se extinguió en la segunda semana, incrementó en la tercera, decremента en la cuarta y quinta semana incrementó, la tendencia general fue de decremento. *Participante 8*, tendencia a decrementar durante la segunda semana, a incrementar en la tercera y cuarta, extinguiéndose en la quinta. *Participante 9*, intensidad con tendencia a decrementar durante tres semanas, extinguiéndose en la cuarta semana. *Participante 10*, tendencia a decrementar durante tres semanas, extinción en la cuarta e incremento en la quinta; la tendencia general es de decremento. *Participante 11*, la intensidad decremента durante tres semanas, incrementa en la cuarta semana y decremента en la quinta; la tendencia general es de decremento. *Participante 12*, muestra tendencia a decrementar a lo largo de la intervención. *Participante 13*, tendencia a decrementar en la segunda semana, permanece estable durante la cuarta y quinta semana, extinguiéndose en la quinta. *Participante 14*, la intensidad incrementa en la segunda semana, decremента en la tercera y cuarta; se extingue en la quinta semana. *Participante 15*, con tendencia a decrementar a lo largo de la intervención. *Participante 16*, intensidad estable dos semanas, incrementó en la tercera semana, decremuto en la cuarta, permaneciendo estable en la quinta semana. *Participante 17*, muestran tendencia a decrementar a lo largo de la intervención. *Participante 18*, tendencia a decrementar a lo largo de la intervención. *Participante 19*, muestran tendencia a incrementar durante la segunda semana y decremента de la tercera a la quinta semana. Se concluye que el Programa de intervención cognitivo conductual logró impactar la ansiedad fisiológica.

Figura 10. *Participante 1*, la frecuencia de la conducta tristeza, muestra una tendencia a incrementar, aunque decremента en la tercera semana, se incrementa en la semana 4 y 5, tendencia general es de incremento. *Participante 2*, permanece estable durante tres semanas, para decremantar la cuarta semana, permaneciendo estable en la quinta semana. *Participante 3*, decremента en la segunda semana, estable en la tercera, decremента en la cuarta y permanece estable en la quinta semana. *Participante 4*, permanece sin cambios durante tres semanas, para extinguirse en la cuarta semana. *Participante 5*, el participante refirió no haber presentado conductas relacionadas con depresión. *Participante 6*, permanece sin cambios durante cuatro semanas y decremента en la quinta semana. *Participante 7*, la conducta se mantiene estable dos semanas y decremента de la tercera a la quinta semana. *Participante 8*, el participante refirió no

haber presentado conductas relacionadas con depresión. *Participante 9*, conducta estable durante dos semanas, muestra decremento a partir de la tercera a la quinta semana. *Participante 10*, refirió no haber presentado conductas relacionadas con depresión. *Participante 11*, refirió no haber presentado conductas relacionadas con depresión. *Participante 12*, sin cambio durante cuatro semanas y se extingue en la quinta semana. *Participante 13*, conducta estable durante tres semanas decremento a partir de la cuarta semana, extinguiéndose en la quinta semana. *Participante 14*, refirió no haber presentado conductas relacionadas con depresión. *Participante 15*, refirió no haber presentado conductas relacionadas con depresión. *Participante 16*, conducta estable durante dos semanas, decremento a partir de la tercera semana, extinguiéndose en la cuarta semana. *Participante 17*, conducta estable durante tres semanas, extinción a partir de la cuarta semana. *Participante 18*, sin cambios dos semanas decrementando en la tercera semana, estable en la cuarta y decrementando en la quinta. *Participante 19*, estable dos semanas y decremento de la tercera a la quinta semana. Se concluye que el Programa de intervención cognitivo conductual logró impactar en la conducta depresiva.

Figura 11. *Participante 1*, muestra decremento de la intensidad de la conducta durante cuatro semanas e incrementa en la quinta semana. *Participante 2*, muestra decremento en la segunda semana, incremento en tercera, decremento en la cuarta y permanece estable en la quinta. *Participante 3*, incremento de la intensidad en la segunda semana, decremento en la tercera e incremento en la cuarta, estable en la quinta. *Participante 4*, no muestra cambios durante tres semanas y se extingue en la cuarta semana. *Participante 5*, el participante refirió no haber presentado conductas relacionadas con depresión. *Participante 6*, intensidad estable dos semanas, y decremента de la tercera a la quinta semana. *Participante 7*, muestra un incremento en la segunda semana, decremento en la tercera, estable en la cuarta y decremento en la quinta. *Participante 8*, refirió no haber presentado conductas relacionadas con depresión. *Participante 9*, muestra decremento a partir de la tercera semana. *Participante 10*, refirió no haber presentado conductas relacionadas con depresión. *Participante 11*, refirió no haber presentado conductas relacionadas con depresión. *Participante 12*, intensidad estable dos semanas, decremента tercera y cuarta semana, se extingue en la quinta *Participante 13*, estable durante dos semanas, decremento la tercera y cuarta semana, extinguiéndose en la quinta. *Participante 14*, refirió no haber presentado conductas relacionadas con depresión. *Participante 15*, refirió no haber presentado conductas relacionadas con depresión. *Participante 16*, intensidad de la conducta estable dos semanas, decremento en la tercera y extinción a partir de la cuarta semana. *Participante 17*, no presenta cambios durante tres semanas y se extingue en la cuarta semana. *Participante 18*, incremento en la segunda semana, decremента la tercera y cuarta semana, permanece estable en la quinta semana. *Participante 19*, decremента en la segunda semana, estable en la tercera y decremента durante la cuarta y quinta semana. Se concluye que el Programa de intervención cognitivo conductual logró impactar la conducta depresiva.

Nombre del instructor:

Número de la sesión: 1

Número de participantes:

Fecha y horario:

Bloque	Tema	Actividad/técnica	Objetivo de la actividad y/o técnica	Descripción de la actividad y/o técnica.	Recursos	Tiempo
1	Presentación del terapeuta.	Presentación oral del terapeuta ante el grupo.	Conocer al terapeuta que se encargará de la aplicación del taller.	Presentación oral del terapeuta ante el grupo y descripción del taller que se llevará a cabo.	No aplica.	5 minutos
2	Integración de grupo	Mediante una dinámica de grupo realizar la presentación e integración del grupo.	Favorecer la integración del grupo y establecer el rapport.	En el centro de una mesa se colocarán hojas rasgadas en las que previamente se habrá pintado un corazón, Se pedirá a los participantes, que cada uno retire un pedazo de papel y luego buscarán al participante que tenga la otra mitad, Una vez que encuentren a su pareja, se presentarán diciendo su nombre, cuanto tiempo tienen como cuidadores, qué cambiarían de la situación actual como cuidadores, que esperan del taller y que aportarán al mismo (10 minutos) Posteriormente, en plenaria, cada pareja compartirá la información obtenida (20 minutos)	Hojas blancas con el dibujo de un corazón. Marcador	30 minutos
3	Estructura del taller.	Explicar el contenido del taller.	Se dará a conocer el contenido temático, el objetivo y las características del taller.	Se explicará a los participantes los temas que se abordarán durante el taller y los objetivos que se pretenden alcanzar. Así como se establecerán los lineamientos para el trabajo de grupo: puntualidad, asistencia, respeto, confidencialidad, cumplimiento de tareas.	Cartas descriptivas.	10 minutos.
4	Papel del cuidador	Psicoeducación	Explicar el papel del cuidador.	Se explicará a los participantes el papel que desempeñan durante el rol de cuidador de un paciente dependiente.	Presentación Power Point (ANEXO 1)	20 minutos
5	Consentimiento informado.	Informar sobre el Consentimiento informado.	El objetivo es dar a conocer al participante, todas las cuestiones relativas al uso de la información que se	Se informará al participante del taller, que los datos que se obtengan de su participación en el mismo, serán utilizados con fines de formación por parte del alumno y de	Formato de consentimiento informado (ANEXO 2).	10 minutos

			dará a sus datos de participación en el taller.	evaluación de la práctica académica por parte profesor; garantizando la plena confidencialidad de los mismos. Se proporcionará el formato de consentimiento informado (ANEXO 2), para que el participante efectúe la declaración del consentimiento.		
6	Evaluación para medir niveles de ansiedad.	Aplicación de instrumento (Pre-test).	Identificar niveles de ansiedad en el cuidador primario de pacientes con tratamiento de diálisis y hemodiálisis.	Se proporcionará a cada uno de los participantes el formato del instrumento de medición de ansiedad (ANEXO 3 “A” y “B”) y se darán las instrucciones de llenado.	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (González, 2007), consta de dos subescalas de 20 ítems cada una, que muestran la ansiedad como estado y como rasgo (ANEXO 3 “A” y “B”).	15 minutos.
7	Evaluación para medir niveles de depresión.	Aplicación de instrumento (Pre-test).	Identificar niveles de depresión en el cuidador primario de pacientes con diálisis y hemodiálisis.	Se proporcionará a cada uno de los participantes el formato del instrumento de medición de ansiedad (ANEXO 4) y se darán las instrucciones de llenado.	Inventario de Depresión de Beck BDI (González, 2007), consta de dos subescalas de 21 ítems que evalúa la profundidad e intensidad de la depresión (ANEXO 4).	20 minutos.
8	Identificar respuestas de ansiedad y depresión,	Tarea: registrar respuestas de ansiedad y depresión.	Obtener información acerca de respuestas ansiedad y depresión.	Se proporcionará el formato para el registro de las respuestas de ansiedad y depresión, correspondiente a la semana del 2 al 8 de octubre de 2017 (ANEXO 5 “A” y “B”).	Formato de registro de respuestas de ansiedad depresión. (ANEXO 5 “A” y “B”).	10 minutos
9	Despedida	Mostrar agradecimiento a los participantes.	Agradecer a los participantes su asistencia al taller.	El terapeuta expresará palabras de agradecimiento a los participantes por su asistencia a la sesión de aplicación del pretest del taller y se les invitará a participar	No aplica.	5 minutos.

				en la siguiente sesión de intervención, informando a los participantes, que en la siguiente sesión se abordarán técnicas de relajación.		
--	--	--	--	---	--	--

Nombre del instructor:

Número de la sesión: 2

Número de participantes:

Fecha y horario:

Bloque	Tema	Actividad/técnica	Objetivo de la actividad y/o técnica	Descripción de la actividad y/o técnica	Recursos	Tiempo
1	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes de la sesión.	Favorecer entre los participantes un ambiente de cordialidad.	De forma amable el terapeuta dará la bienvenida a los participantes, procurando generar un ambiente confortante y tranquilo.	No aplica.	5 minutos
2	Registro de respuestas de ansiedad y depresión.	Recabar los formatos de registro de respuesta de ansiedad y depresión.	Identificar la frecuencia e intensidad con que se presentan las respuestas de ansiedad y depresión.	Los participantes entregarán el registro de comportamiento correspondiente a la semana del 2 al 8 de octubre de 2017 (ANEXO 5 "A" y "B")., se aclararán dudas respecto al llenado del mismo.	Formato de registro de respuestas de ansiedad y depresión (ANEXO 5 "A" y "B").	10 minutos
3	Evaluación y retroalimentación	Preguntar a los participantes acerca de las dificultades que tuvieron para realizar la actividad.	Aclarar dudas respecto al llenado de los formatos.	Se preguntarán los participantes, cómo les fue con el llenado de los registros de respuestas de ansiedad y depresión; se aclararán dudas expresadas.	Formato de registro de respuestas de ansiedad y depresión (ANEXO 5 "A" y "B").	10 minutos
4	Cuidador primario, trastornos de ansiedad y depresión y tratamiento cognitivo-conductual.	Psicoeducación	Orientar y ayudar a identificar con mayor claridad un problema, así como; transferir información sobre causas, efectos, evolución y tratamiento de un trastorno.	Por medio de una Presentación Power (ANEXO 6) Point, se explicará a los participantes la definición de cuidador, trastornos de ansiedad y depresión, así como en qué consiste el tratamiento cognitivo-conductual, terapia con la que se puede manejar dichos trastornos.	Presentación Power Point (ANEXO 6). Computadora Proyector	20 minutos
5	¿Qué es el entrenamiento en relajación?	Psicoeducación	Transferir información sobre el uso de la técnica de entrenamiento en relajación en el estado de ansiedad.	Por medio de una PPT (ANEXO 7), se explicará en que consiste la técnica de entrenamiento en relajación, sus principales técnicas, aplicaciones y los beneficios que tiene aprender y dominar la misma; así como la	Presentación Power Point (ANEXO 7) Computadora Proyector	15 minutos

				importancia de practicar la técnica en casa.		
6	Ejemplificar el entrenamiento en respiración	Entrenamiento	El objetivo del entrenamiento en respiración es que los participantes, aprendan a controlar su respiración, para disminuir los niveles de ansiedad.	Se pedirá a los participantes que se pongan de pie, el terapeuta ejemplificará cada uno de los pasos de los ejercicios de respiración, como son: respiración diafrágica, respiración profunda, el molino, el estimulante, la relajación mediante el suspiro. Posteriormente, Se entregará a los participantes el formato impreso de la técnica de respiración (ANEXO 10).	Formato con las indicaciones impresas de la técnica de entrenamiento en respiración (ANEXO 8) Sillas o tapete.	50 minutos.
7	Ejemplificar el entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.	Entrenamiento	El objetivo es el entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson para que los cuidadores primarios adquieran la habilidad en el uso de la técnica para disminuir sus niveles de ansiedad.	Se pedirá a los participantes que evoquen un acontecimiento en el que hayan experimentado algún nivel de ansiedad. Habiendo activado la ansiedad, el terapeuta iniciará con la instrucción de la técnica de relajación muscular progresiva; la cual permitirá al participante asociar la activación de la ansiedad con las sensaciones de relajación. Se proporcionará el formato impreso de la técnica de relajación (ANEXO 8).	Música de relajación Formato con las indicaciones impresas de la técnica de entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson (ANEXO 9) Sillas o tapete.	50 minutos.
8	Tarea	Realizar en casa la técnica de relajación y registrar los efectos conseguidos.	Identificar señales de activación de ansiedad y realizar la técnica de relajación,	Se pedirá a los participantes que pongan en práctica la técnica, sobre todo cuando identifiquen señales de ansiedad para que registren los efectos que les produzcan los ejercicios de relajación.	No aplica	10 minutos.
9	Tarea	Continuar con el registro de las respuestas de ansiedad y depresión.	Continuar identificando los cambios que presentan las respuestas de ansiedad y depresión durante la intervención.	Se proporcionará el formato para el registro de respuestas de ansiedad y depresión correspondiente a la semana del 9 al 15 de octubre de 2017 (ANEXO 5 “A” y “B”).	Formato de registro de comportamiento problemático (ANEXO 5 “A” y “B”).	5 minutos.

10	Despedida	Mostrar agradecimiento a los participantes	Agradecer a los participantes su asistencia al taller.	El terapeuta expresará palabras de agradecimiento a los participantes por su asistencia a la primera sesión de intervención con terapia cognitivo conductual; y se les invitará a participar en la siguiente sesión, en la que se abordarán las	No aplica	5 minutos
----	-----------	--	--	---	-----------	-----------

Nombre del instructor:

Número de la sesión: 3

Número de participantes:

Fecha y horario:

Bloque	Tema	Actividad/técnica	Objetivo de la actividad y/o técnica	Descripción de la actividad y/o técnica	Recursos	Tiempo
1	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes de la sesión.	Favorecer entre los participantes un ambiente de cordialidad.	De forma amable el terapeuta dará la bienvenida a los participantes, procurando generar un ambiente confortante y tranquilo.	No aplica.	5 minutos
2	Registro de respuestas de ansiedad y depresión.	Recabar los formatos de registro de respuesta de ansiedad y depresión.	Identificar la frecuencia en intensidad con que se presentan las respuestas de ansiedad y depresión.	Entrega el registro de comportamiento correspondiente a la semana del 9 al 15 de octubre 2017 (ANEXO 5 “A” y “B”) se aclararán dudas de llenado.	Formato de registro de respuesta de ansiedad y depresión (ANEXO 5 “A” y “B”).	10 minutos
3	Evaluación y retroalimentación	Preguntar sobre problemas para realizar la técnica de relajación.	Aclarar dudas respecto a la realización de la técnica de relajación.	Se preguntará los participantes, cómo les fue al poner en práctica las técnicas de relajación, se aclararán las dudas que hayan surgido al respecto.	No aplica	10 minutos
4	Técnica de administración de tiempo.	Psicoeducación	El objetivo de efectuar entrenar en la administración de tiempo es incrementar el nivel de actividad, disminuido en trastornos como la depresión.	Explicar la necesidad de formular actividades planeadas graduales y del agrado de los participantes, con la finalidad de contrarrestar la escasa motivación e inactividad que propicia el reforzamiento de los pensamientos distorsionados y los comportamientos inapropiados hacia su persona.	Presentación Power Point sobre la estrategia de administración de tiempo (ANEXO 10)	15 minutos
5	Plan de compromiso	Ejercicio	Elaboración de un plan de compromiso de desarrollo de actividades placenteras.	Se pedirá a los participantes utilizar el formato de programación de actividades, en el cual planearán sus actividades	Formato impreso de programación de	30 minutos

				diarias durante una semana. Como parte fundamental de esta programación, se mencionarán las actividades agradables que bajo sus criterios consideren que podrán realizar.	actividades (ANEXO 11).	
6	¿Qué es la técnica de reestructuración cognitiva?	Psicoeducación	Transferir información sobre la técnica de reestructuración cognitiva utilizada en el manejo del estado de depresión	Mediante un video (ANEXO 13) los participantes conocerán la técnica de reestructuración cognitiva, sus principales aplicaciones, los beneficios que tiene aprender y dominar la misma, así como la importancia de practicar la técnica en casa.	Video: https://www.youtube.com/watch?v=dgeu5ekHlto (ANEXO 13)	15 minutos
7	Reestructuración cognitiva	Entrenamiento	Los participantes identificarán situaciones que los hacen sentir mal y cómo se manifiestan en el pensamiento.	Los participantes en pareja identificarán al menos 5 situaciones que los hicieron sentir mal (15 minutos). Posteriormente, en hojas de papel bond harán un listado de los pensamientos negativos o creencias disfuncionales que tuvieron de tales sucesos (15 minutos).	Hojas de papel bond Marcadores.	35 minutos.
8	Supuestos y creencias disfuncionales	Psicoeducación	Debatir creencias o pensamientos disfuncionales y generar pensamientos funcionales alternativos.	Se pedirá a cada participante mencionar un pensamiento disfuncional previamente enlistado, generar el debate entre los participantes y finalmente proponer un pensamiento funcional alternativo.	No aplica	35 minutos
9	Tarea	ejercicio	Poner en práctica la técnica de administración de tiempo.	Se pedirá a los participantes que pongan en práctica las actividades agradables que programaron durante la semana y que registren los cambios que identificaron al realizarlas.	No aplica	5 minutos.
10	Tarea	Ejercicio	Poner en práctica en casa la técnica de reestructuración cognitiva.	Se pedirá a los participantes, que en casa identifiquen los pensamientos o creencias disfuncionales, los debatan y finalmente busquen una alternativa de	No aplica	5 minutos.

				pensamiento funcional. Registrarán los cambios presentados al realizar dicha actividad.		
11	Tarea	Continuar con el registro de las respuestas de ansiedad y depresión.	Conocer los cambios de las respuestas de ansiedad y depresión durante la intervención. Se aclararán dudas respecto al llenado.	Se proporcionará el formato para el registro de respuestas de ansiedad y depresión correspondiente a la semana del 16 al 22 de octubre de 2017 (ANEXO 5 "A" y "B").	Formato de registro de comportamiento problemático (ANEXO 5 "A" y "B").	5 minutos.
12	Despedida	Mostrar agradecimiento a los participantes	Agradecer a los participantes su asistencia al taller.	El terapeuta expresará palabras de agradecimiento a los participantes por su asistencia a la segunda sesión de intervención con TCC, se les invitará a asistir a la tercera sesión, donde se abordarán las técnicas de entrenamiento en solución de problemas y de autoinstrucciones.	No aplica	5 minutos

Nombre del instructor:

Número de la sesión: 4 Número de participantes: Fecha y horario:

Bloque	Tema	Actividad/técnica	Objetivo de la actividad y/o técnica	Descripción de la actividad y/o técnica	Recursos	Tiempo
1	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes de la sesión.	Favorecer entre los participantes un ambiente de cordialidad.	De forma amable el terapeuta dará la bienvenida a los participantes, procurando generar un ambiente confortante y tranquilo.	No aplica.	5 minutos
2	Registro de respuestas de ansiedad y depresión.	Recabar los formatos de registro de respuesta de ansiedad y depresión.	Identificar la frecuencia en intensidad con que se presentan las respuestas de ansiedad y depresión.	Los participantes entregarán el registro de comportamiento correspondiente a la semana del 16 al 22 de octubre 2017 (ANEXO 5 "A" y "B")., se aclararán dudas de llenado.	Formato de registro de respuesta de ansiedad y depresión (ANEXO 5 "A" y "B").	10 minutos
3	Evaluación y retroalimentación	Preguntar sobre las dificultades para realizar las actividades en casa.	Aclarar dudas respecto a la puesta en práctica de las técnicas.	Se preguntará los participantes, cómo les fue al poner en práctica las técnicas de Programación de Actividades Agradables y Reestructuración cognitiva se aclararán las dudas que hayan surgido al respecto.	No aplica	10 minutos
4	¿Qué es el entrenamiento en solución de problemas?	Psicoeducación	Transferir información sobre el uso de la técnica de solución de problemas, para disminuir el estado de depresión.	Por medio de un video (ANEXO 14) los participantes conocerán en que consiste la técnica de solución de los problemas.	Video: https://www.youtube.com/watch?v=OX2XTAPrU (ANEXO 14)	15 minutos
5	Entrenamiento en solución de problemas	Entrenamiento	El objetivo es el entrenamiento en solución de problemas para que los participantes desarrollen la habilidad de solucionar los problemas a los que se enfrentan durante su rol de cuidadores.	Se pedirá a los participantes que conformen parejas, para desarrollar la técnica de solución de problemas. Previamente el terapeuta hará un listado de problemas que se dará a los participantes para desarrollar las fases de la técnica (15 minutos). <ul style="list-style-type: none"> o Orientar el problema, es decir; definirlo y formularlo. 	Hojas de papel bond Marcadores.	50 minutos.

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Generarán alternativas de solución. ○ Tomarán decisiones (elegirán alternativa) ○ Poner en práctica la alternativa de solución del problema (simulación) ○ Evaluar los resultados de la acción. <p>En plenaria cada pareja compartirá cómo solución el problema mediante la técnica (35 minutos).</p>		
6	¿Qué es la técnica de autoinstrucciones?	Psicoeducación	Transferir información a los participantes sobre la técnica de autoinstrucciones utilizada para el manejo de la ansiedad.	<p>Por medio de una PPT (ANEXO 15), se explicará a los participantes la técnica de autoinstrucciones, en base a los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación del problema: explicitar el problema. 2. Centrar la atención sobre el problema: mediante preguntas y respuestas. 3. Reglas específicas: cómo actuar. 4. Qué hacer con los errores cometidos: cómo actuar ante un mal resultado. 5. Autorrefuerzo: efecto motivador. 	Presentación Power Point (ANEXO 15)	20 minutos
7	Técnica de autoinstrucciones.	Modelado de la técnica por el terapeuta.	El objetivo del entrenamiento en autoinstrucciones es que los participantes, aprendan a hacer verbalizaciones que les ayuden a modificar su estado de ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> ○ El terapeuta realiza la conducta dándose las autoinstrucciones en voz alta. ○ El participante realiza la conducta y el terapeuta da instrucciones en voz alta. ○ El participante realiza la conducta y se da autoinstrucciones en voz alta. ○ Mientras el participante realiza la tarea, se da 	Formato con ejemplos de autoinstrucciones (ANEXO 16).	20 minutos.

				<p>autoinstrucciones en voz baja.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El participante realiza la tarea con autoinstrucciones internalizadas. (ANEXO 16) 		
8	Tarea	Practicar la técnica de solución de problemas en casa.	Aplicar la alternativa de solución del problema en un problema que identifiquen en casa.	Se pedirá a los participantes que apliquen todas las fases de la técnica, en un problema que no sea muy complicado y que se pueda poner en práctica de forma inmediata. Registrar los cambios experimentados.	No aplica	10 minutos
9	Tarea	Practicar la técnica de autoinstrucciones en casa.	Aplicar la técnica de autoinstrucciones en casa.	Se pedirá a los participantes que una vez que hayan centrado su atención en un problema, propongan las autoinstrucciones que se darán y las pongan en práctica. Registrar los cambios experimentados.	No aplica	10 minutos.
10	Tarea	Continuar con el registro de las respuestas de ansiedad y depresión.	Conocer los cambios de las respuestas de ansiedad y depresión durante la intervención. Se aclararán dudas respecto al llenado.	Se proporcionará el formato para el registro de respuestas de ansiedad y depresión correspondiente a la semana del 23 al 29 de octubre de 2017 (ANEXO 5 "A" y "B").	Formato de registro de comportamiento problemático (ANEXO 5 "A" y "B").	5 minutos.
11	Despedida	Mostrar agradecimiento a los participantes	Agradecer a los participantes su asistencia al taller.	El terapeuta expresará palabras de agradecimiento a los participantes por su asistencia a la primera sesión del taller y les invitará a participar en la siguiente sesión	No aplica	5 minutos

Nombre del instructor:

Número de la sesión: 5

Número de participantes:

Fecha y horario:

Bloque	Tema	Actividad/técnica	Objetivo de la actividad y/o técnica	Descripción de la actividad y/o técnica.	Recursos	Tiempo
1	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes de la sesión.	Favorecer entre los participantes un ambiente de cordialidad.	De forma amable el terapeuta dará la bienvenida a los participantes, procurando generar un ambiente confortante y tranquilo.	No aplica.	5 minutos
2	Registro de respuestas de ansiedad y depresión.	Recabar los formatos de registro de respuesta de ansiedad y depresión.	Identificar la frecuencia en intensidad con que se presentan las respuestas de ansiedad y depresión.	Los participantes entregarán el registro de comportamiento correspondiente a la semana del 23 al 29 de octubre de 2017 (ANEXO 5 "A" y "B").	Formato de registro de respuesta de ansiedad y depresión (ANEXO 5 "A" y "B").	10 minutos
3	Entrenamiento en solución de problemas	Retroalimentación	Aclarar dudas de los participantes respecto sobre la técnica de autoinstrucciones y solución de problemas.	Se pedirá a los participantes que mencionen su experiencia durante el entrenamiento en autoinstrucciones y en solución de problemas, cómo se sintieron y si tuvieron dificultades para realizarlo.	No aplica	10 minutos
4	Entrenamiento en autoinstrucciones.	Retroalimentación	Aclarar dudas de los participantes respecto sobre la técnica de autoinstrucciones.	Se pedirá a los participantes que mencionen su experiencia durante el entrenamiento en autoinstrucciones, cómo se sintieron y si tuvieron dificultades para realizarlo.	No aplica	10 minutos
5	Evaluación para medir niveles de ansiedad.	Aplicación de instrumento (Pos-test).	Identificar niveles de ansiedad en el cuidador primario de pacientes con tratamiento de diálisis y hemodiálisis.	Se proporcionará a cada uno de los participantes el formato del instrumento de medición de ansiedad (ANEXO 3 "A" y "B") y se darán las instrucciones de llenado.	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (González, 2007), consta de dos subescalas de 20 ítems cada una, que muestran la ansiedad como estado y como	15 minutos.

					rasgo (ANEXO 3 “A” y “B”).	
6	Evaluación para medir niveles de depresión.	Aplicación de instrumento (Post-test).	Identificar niveles de depresión en el cuidador primario de pacientes con diálisis y hemodiálisis.	Se proporcionará a cada uno de los participantes el formato del instrumento de medición de ansiedad (ANEXO 4) y se darán las instrucciones de llenado.	Inventario de Depresión de Beck BDI (González, 2007), consta de dos subescalas de 21 ítems que evalúa la profundidad e intensidad de la depresión (ANEXO 4).	20 minutos.
7	Compartiendo experiencias	Dinámica: espacio catártico	Permitir que los participantes compartan sus experiencias acerca del trabajo realizado durante el desarrollo del taller.	Se colocarán tres sillas con un rótulo con las siguientes frases: 1. ¿Cómo llegue? 2. ¿Cómo me sentí durante las sesiones? 3. ¿Cómo me voy? El participante se sentará en cada una de las sillas y compartirá su experiencia.	No aplica	30 minutos
8	Despedida	Mostrar agradecimiento a los participantes.	Agradecer tanto a los participantes como al personal de la Institución de salud el apoyo otorgado para la realización de este taller.	El terapeuta expresará palabras de agradecimiento a los participantes y al personal de salud, por las facilidades otorgadas para la realización del taller.	No aplica.	10 Minutos.