



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
sobrecarga e incrementar calidad de vida en cuidadores
primarios de enfermos crónicos”

REPORTE DE PRÁCTICA DE SERVICIO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Cruz María Bustamante Reyes

Director: Mtra. Helene Judit López Rodríguez

Vocal: Mtra. Mayte Ortiz Romero

Secretario: Mtra. Julia Patricia Sánchez Pérez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 25 de noviembre de 2022



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

Gracias a QUIEN siempre me ha dicho “Se fuerte y valiente, no tengas miedo ni te desanimes porque yo siempre estaré contigo a donde quiera que vayas”.

Gracias a mi mamá, por siempre dar más de lo que puede y gracias por ser la motivación para elegir este tema ¡Tener tu sangre es mi honra!

A mi mejor amigo Jaas, por iniciar conmigo esta etapa y enseñarme que todo es más fácil entre dos, gracias por estar cuando todo se complica, por tu ayuda incondicional y por tu granito de arena en este manuscrito ¡GRACIAS!

A la maestra Helene, por haberme guiado en el camino final de mi formación.

Y a los integrantes del Taller “Cuidándome para cuidar”, por ser parte ahora de mi vida y ser los personajes principales de este documento.

Índice

Introducción	7
Capítulo 1. Cuidador primario informal de enfermos crónicos	9
1.1 La Psicología de la salud.....	9
1.2 Enfermedad crónica	11
1.3 Cuidador primario informal	12
1.4 Consecuencias de cuidar	14
1.5 Investigaciones realizadas de sobrecarga y calidad de vida en cuidadores primarios informales.	15
1.6 Sobrecarga.....	18
1.7 Calidad de vida	20
1.7.1 Dimensión física	20
1.7.2 Dimensión psicológica.....	21
1.7.3 Dimensión social.....	21
1.7.4 Dimensión espiritual	22
Capítulo 2. Terapia Cognitivo Conductual	24
2.1 Antecedentes	24
2.2 Definición	25
2.3 Principales autores	26
2.4 Técnicas cognitivo conductual.....	27
2.4.1 Respiración diafragmática	29
2.4.2 Relajación muscular progresiva.....	29
2.4.3 Reestructuración cognitiva.....	29
2.4.4 Solución de problemas.....	30
2.4.5 Psicoeducativa.....	30

2.4.6 Asertividad.....	30
2.4.7 Imaginación guiada.....	31
2.4.8 Administración del tiempo.....	31
2.5 Telepsicología.....	32
Capítulo 3. Metodología	33
3.1 Objetivo de la intervención.....	33
3.2 Metas del tratamiento.....	33
3.3 Hipótesis	33
3.4 Muestra	34
3.5 Participantes.....	34
3.6 Diseño del estudio.....	35
3.7 Escenario.....	35
3.8 Variables	35
3.9 Instrumentos de medición.....	37
3.10 Procedimiento	39
Capítulo 4. Resultados de la intervención.....	43
4.1 Resultados de sobrecarga.....	43
4.2 Resultados de calidad de vida.....	45
4.3 Análisis cualitativo de los resultados del programa.....	52
Capítulo 5. Discusión y conclusión	56
Referencias.....	64
Anexos	77

Resumen

Los cuidadores primarios informales son los principales responsables de la atención no profesional del enfermo, que vive regularmente en el mismo domicilio que el paciente, está siempre disponible para satisfacer las necesidades del enfermo y no recibe compensación económica por las funciones que realiza (Feldberg et al., 2011), esta es una experiencia agotadora que puede llegar a generar sobrecarga en los cuidadores afectando su calidad de vida (Delgado et al., 2016). Por lo tanto, este manuscrito tuvo por objetivo: Diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención cognitivo conductual en línea, para disminuir la sobrecarga de cuidadores primarios informales y favorecer su calidad de vida. El diseño fue de carácter preexperimental pretest-postest de un solo grupo. La muestra estuvo conformada por 16 participantes. Se ocuparon dos instrumentos la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit para medir niveles de sobrecarga y el de Calidad de Vida Versión Familiar en español, para medir la calidad de vida en las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS aplicando la prueba de Wilcoxon encontrando diferencias estadísticamente significativas en los niveles de sobrecarga y en las dimensiones de la calidad de vida. Al observar estos resultados, se puede concluir que este tipo de intervención en línea es favorable para la disminuir los niveles de sobrecarga y favorecer la calidad de vida de cuidadores primarios informales de enfermos crónicos.

Palabras claves: Cuidador primario informal, sobrecarga, calidad de vida, terapia cognitiva conductual y telepsicología.

Abstract

Informal primary caregivers are primarily responsible for the non-professional care of the patient, who regularly lives in the same home as the patient, is always available to meet the needs of the patient and does not receive financial compensation for the functions performed (Feldberg et al., 2011), this is an exhausting experience that can generate overload in caregivers, affecting their quality of life (Delgado et al., 2016). Therefore, this manuscript aimed to: Design, apply, and evaluate an online cognitive-behavioral intervention program to reduce the burden of informal primary caregivers and promote their quality of life. The design was of a pre-experimental pretest-posttest character of a single group. The sample consisted of 16 participants. Two instruments were used: the Zarit Caregiver Burden Scale to measure levels of overload and the Quality of Life Family Version in Spanish, to measure the quality of life in the physical, psychological, social and spiritual dimensions. The data was analyzed using the SPSS statistical program applying the Wilcoxon test, finding statistically significant differences in the levels of overload and in the dimensions of quality of life. Observing these results, it can be concluded that this type of online intervention is favorable for reducing overload levels and favoring the quality of life of informal primary caregivers of chronic patients.

Keywords: Informal primary caregiver, overload, quality of life, cognitive behavioral therapy and telepsychology.

Introducción

En el año 2016 aproximadamente 41 millones de personas murieron a causa de enfermedades crónicas, lo que las ha convertido en uno los mayores desafíos a los que se enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial. Esto no solo por su alta tasa de mortalidad, sino por el inicio a edades cada vez más tempranas, causas más frecuentes de discapacidad, la complejidad y elevados costos de tratamiento y rehabilitación (Serra et al., 2016).

A partir del diagnóstico de una enfermedad crónica, la responsabilidad del cuidado cotidiano del paciente se traslada a la familia, en especial al cuidador primario informal, es decir a la persona que asume un elevado grado de compromiso del cuidado no profesional del paciente, que asume las tareas del cuidado y no se le paga compensación económica por ello (Delgado et al., 2016).

La experiencia de cuidar es una actividad agotadora que llega a ocasionar en el cuidador sobrecarga, afectaciones en su salud física, emocional, económica, espiritual y social que comprometen su calidad de vida. Esto sucede porque regularmente modifican sus estilos de vida para adaptarse a las necesidades específicas del cuidado que deben proveer, afectando su tiempo de recreación, contacto con amigos o familiares o bien, su desempeño laboral (Bevans, 2012).

Ante una revisión bibliográfica, los cuidadores primarios informales de personas con enfermedades crónicas presentan un alto nivel de sobrecarga que afecta su calidad de vida (Mesa et al., 2017). En la investigación realizada por Salazar et al., 2016 se identificaron 91 estudios, los

cuales demuestran que existe evidencia que hay afectación de la salud física y psicológica con la actividad de cuidado de personas con enfermedades crónicas.

Al identificar las consecuencias del cuidado Galvis et al., 2016; Salazar et al., 2016 y Mesa et al., 2017, concluyeron que es de suma importancia desarrollar programas de capacitación, cuidado y apoyo a cuidadores de personas con enfermedades crónicas que permitan acompañar al cuidador, prevenir factores de riesgo, fortalecer habilidades de autocuidado que repercutan positivamente en su bienestar y calidad de vida mediante estrategias específicas.

Por esta razón, el presente manuscrito tiene por objetivo “Diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención cognitivo conductual en línea, para disminuir la sobrecarga de cuidadores primarios informales de enfermos crónicos y favorecer su calidad de vida.”

Para ello, se realizó una revisión bibliográfica del cuidador primario informal de enfermos crónicos, así como investigaciones que se han realizado de sobrecarga y calidad de vida que presentan los mismos y sobre la terapia cognitivo conductual. Se procedió a la planeación metodológica empleando como base, técnicas cognitivo conductuales. Se realizó la aplicación del programa de intervención y finalmente se procesaron los resultados con el programa SPSS. Estos pasos se describen a detalle en cada uno de los siguientes capítulos.

Capítulo 1. Cuidador primario informal de enfermos crónicos

1.1 La Psicología de la salud

La Psicología de la Salud comenzó su desarrollo en la década de los setenta, como respuesta ante la necesidad de abordar el proceso de salud-enfermedad de las personas desde una visión integradora contemplando elementos biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en ella, colaborando con otras disciplinas científicas para mejorar la calidad de vida y disminuir los factores de riesgos para la salud, específicamente los que provienen de factores psicológicos, emocionales, cognitivos y conductuales y relacionales del propio individuo (Oblitas, 2008).

En 1978 la Asociación Americana de Psicología creó una más de sus divisiones, la 38 concretamente, la división de psicología de la salud. Esta división plantea que, la psicología de la salud tiene como objetivos aquellos relacionados con comprender y evaluar el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales involucrados en el proceso de salud-enfermedad, así como entender los métodos de investigación psicológica aplicados a la prevención (como se citó en Pérez y Moreyra, 2017).

Joseph Matarazzo (1980) definió la psicología de la salud como:

La suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina para la promoción y mantenimientos de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud. (como se citó en Vásquez, 2020, p.29)

En esta formulación de Matarazzo, se resumen cuatro líneas de trabajo fundamentales del

psicólogo de la salud. La primera destaca la promoción y el mantenimiento de la salud, que incluye todo el ámbito de las campañas dirigidas a promover hábitos saludables. La segunda línea, la constituye la prevención y el tratamiento de enfermedades. Es decir, la psicología de la salud debe incidir en las necesidades de modificar los hábitos insanos con el propósito de prevenir enfermedades, además de enseñar a las personas que ya han enfermado a adaptarse con más éxito a su nueva situación o aprender a seguir las indicaciones del tratamiento (Vásquez, 2020).

La tercera línea, se centra en el estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedades y las disfunciones. Esto se refiere al estudio de las causas de la salud y enfermedad. Así mismo, se incluyen hábitos como el consumo de alcohol, el tabaco, el ejercicio, físico o el modo de enfrentarse a las situaciones de estrés. Finalmente, la cuarta línea se atribuye como competencia de la psicología de la salud al estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud. Se enfoca en analizar el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales sobre el comportamiento de la población y desarrollar recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud (Vásquez, 2020).

Como una pequeña contribución a la Psicología de la Salud, el presente manuscrito, trabajó desde la primera y segunda línea de trabajo, promoción y el mantenimiento de la salud y prevención y tratamiento de la enfermedad. Ya que, se enfocó en la salud de los cuidadores primarios informales de enfermos crónicos para poder disminuir su sobrecarga y mejorar su calidad de vida, lo cual repercute en la salud de las personas con enfermedades crónicas.

1.2 Enfermedad crónica

Las enfermedades crónicas son actualmente uno de los mayores retos a los que se enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial. Aproximadamente 41 millones de personas fallecieron en 2016 a causa de ellas, lo que representa el 71% de las muertes a nivel mundial (OMS, 2018). Debido al gran número de casos afectados, su efecto de mortalidad creciente, el inicio a edades cada vez más tempranas, causas más frecuentes de discapacidad, la complejidad y elevados costos de tratamiento y rehabilitación se ha considerado a las enfermedades crónicas uno de los mayores desafíos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial (Serra et al., 2016).

El término crónico proviene del latín *chronicus*, y este a su vez del griego *chronos* que significa tiempo. Las ciencias de la salud han utilizado este adjetivo para referirse a la duración prolongada de una enfermedad o de un dolor. Por esta razón, se ha definido a las enfermedades con afecciones de larga duración y con una progresión generalmente lenta como crónicas (Barrera et al., 2010).

La Organización Mundial de la Salud define las enfermedades crónicas como enfermedades de larga duración (más de 6 meses) y de progresión lenta que no son contagiosas de persona a persona y por lo tanto, se consideran no transmisibles. Las etiologías de las enfermedades crónicas aún se desconocen. Su origen es multifactorial, influenciado por la genética, el estilo de vida y hábitos, y la calidad de vida, entre otros. Los cuatro tipos principales son enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes (OMS, 2018). Sin embargo, también se consideran enfermedades crónicas al Alzheimer, artritis, insuficiencia renal,

hipertensión arterial, insuficiencia hepática, esclerosis múltiple, sida, gastrointestinales, entre otras (Serra et al., 2016).

Las enfermedades crónicas conducen a una dependencia total o parcial. El primero se caracteriza por una pérdida total de autonomía y por ello es fundamental la ayuda de un cuidador en las actividades diarias. En la dependencia parcial, el individuo es capaz de promover el autocuidado; pero necesita ayuda de un cuidador que le proporcione apoyo y acompañamiento en el proceso de la enfermedad y en la asistencia a los servicios de salud (Gómez et al., 2011).

1.3 Cuidador primario informal

Existen dos tipos de cuidadores: El informal y el formal. El primero se refiere a las personas que no cuentan con capacitación sobre cuidados, no son remunerados por su tarea, tienen un elevado grado de compromiso que se caracteriza por el afecto, brindan una atención sin límites de horarios y regularmente son familiares. El formal, son profesionales y técnicos que recibieron una formación previa sobre los cuidados que necesitan las personas enfermas, ofrecen atención con límites de horarios, normalmente son enfermeros (Moreno et al., 2018).

Rivas y Ostiguín (2011) identificaron en la literatura científica en español, diferentes denominaciones para hacer referencia a la figura del cuidador no profesional como: “cuidador”, “cuidador principal”, “cuidador informal”, “cuidador familiar”, “cuidador primario”, “cuidador primario informal”, y “cuidador principal familiar” (como se citó en Molero et al., 2016). Para esta investigación se ocupará el término de Cuidador Primario Informal (CPI). Entendiéndolo como “aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus

demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña” (Feldberg et al., 2011, p.12).

La definición anterior, se asemeja un poco a lo que afirmaba Fernández et al., 2011, que un cuidador primario informal es la persona que se encarga de las tareas de cuidado sin límite de tiempo, regularmente es familiar responsable del enfermo y no recibe compensación económica ya que son motivados por un componente emocional (como se citó en Pardo et al., 2015).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2015) ha identificado que el perfil del cuidador es una mujer (66%) con un promedio de edad de 48 años, una tercera parte de ellas se encargan del cuidado de dos o más personas y hasta un 30% son cuidadores mayores de 65 años. Otras características que predominan son: mujeres casadas, desempleadas, hijas, primaria incompleta, sin ninguna capacitación y habitan en el mismo domicilio que el enfermo.

Las actividades que realiza un cuidador primario informal son muy amplias y varían según las características y necesidades del paciente. Pero las tareas principales son el apoyo en la toma de decisiones, el compromiso durante la hospitalización y el tratamiento, el apoyo en las actividades de higiene personal, actuar como representante, comunicador, proveedor financiero; brindar apoyo emocional y compensar roles (Moreno et al., 2018).

Los cuidadores asisten al enfermo en una o más actividades básicas como: comer, ir al baño, vestirse, continencia, aseo y traslados, así mismo brindan soporte médico como: administración de medicamentos, nutrición, curaciones, y recursos, traslado a citas médicas, toma

de decisiones, movilización, rehabilitación, entre muchas otras actividades, al mismo tiempo, brindan apoyo emocional y confort que demande la persona enferma (Adelman et al., 2014). Para poder proveer este cuidado, el promedio de tiempo que invierten es de 10.9 horas al día. Pero a mayor dependencia y cronicidad de la enfermedad, se requieren mayor tiempo de cuidado, disminuyendo los tiempos de descanso para el cuidador (Zambrano y Guerra, 2012).

1.4 Consecuencias de cuidar

De acuerdo con el papel fundamental que cumple el cuidador y las responsabilidades que este ejerce, se genera en él un deterioro cognitivo o diversas alteraciones físicas, tales como dolor muscular, dolor de cabeza, alteraciones del sueño, alteraciones de movilidad, pérdida de apetito y peso o fatiga (Mesa et al., 2017). Así mismo llegan a presentar irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores, pérdida de energía, sensación de cansancio, y aislamiento (Zambrano, 2012).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2015) describió algunos de los síntomas que experimentan los cuidadores en áreas comúnmente afectadas. En el área de la salud física, los cuidadores experimentan dolores de cabeza, fatiga, trastornos del sueño, problemas musculoesqueléticos, alergias, enfermedades de la piel, lumbalgia, obesidad, trastornos estomacales y niveles elevados de estrés. En cuanto a la salud mental, consideran que las consecuencias son depresión, ansiedad, trastornos del sueño, miedo, ira, culpa, soledad. En el área social los cuidadores enfrentan nulo apoyo familiar, tiempo libre limitado, desinterés por las actividades por realizar, aislamiento, problemas familiares y laborales, y finalmente el ámbito

económico, algunos cuidadores tienen que dejar el trabajo, ajustar su horario laboral por la constante tarea de mantenimiento que tienen que hacer.

Por lo tanto, los cuidadores se convierten en personas vulnerables ya que el compromiso de cuidar y la alta complejidad de las enfermedades crónicas tienen importantes consecuencias físicas, emocionales, sociales y económicas, pues dedican su vida de manera intensiva y continua al cuidado de un familiar (Montalvo, 2018). Esto conduce a la sobrecarga, el agotamiento y el colapso del cuidador, e incluso se ha considerado como un factor en el aumento de la mortalidad (Kim et al., 2012). Esta investigación se enfocó en la sobrecarga de los cuidadores primarios informales y cómo esto afecta su calidad de vida.

1.5 Investigaciones realizadas de sobrecarga y calidad de vida en cuidadores primarios informales.

Calbay y Belissa en 2021 realizaron una investigación titulada “Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores primarios informales de los pacientes con enfermedad crónica del servicio de PADOMI CAP III Metropolitano” en la cual encontraron las siguientes investigaciones que se han realizado de sobrecarga y calidad de vida que presentan los cuidadores primarios informales de personas con enfermedades crónicas:

Delgado et al. (2016), identificaron la sobrecarga del cuidador primario en pacientes hemodializados. Obtuvieron una muestra de 134 cuidadores primarios y para la evaluación de la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida se utilizó la escala de Zarit y el Cuestionario Darmouth Coop respectivamente. Según los resultados el 30.6 % de los cuidadores fueron catalogados como sin sobrecarga, el 23,9 % manifestaron sobrecarga leve y el 45,5 % sobrecarga severa. Con

respecto a las dimensiones de la calidad de vida, fueron percibidas como mala o muy mala. Se concluyó que un buen porcentaje de la población estudiada presentó sobrecarga severa que conlleva a una mala calidad de vida.

Laguado (2019), revisó la literatura de diversos estudios realizados respecto al cuidador familiar y los efectos en su salud, encontrando que presentaban alteración en el estado emocional como cambios en el sueño, depresión y ansiedad que disminuyen la calidad de vida del cuidador y esto afecta la salud del enfermo.

Galvis et al. (2016) realizaron un estudio de la calidad de vida de 180 cuidadores informales de adultos crónicos a través del instrumento de valoración de la calidad de vida por dimensiones; evidenciando que la mayor parte de los cuidadores presentaron en la afectación a nivel medio en la dimensión psicológica y espiritual que repercute en la calidad de vida del cuidador.

Ávila y Vergara (2014), en un estudio a los cuidadores informales evaluaron la calidad de vida en 127 cuidadores de pacientes crónicos, encontrando dentro de las dimensiones percibas disminución de la salud tanto física como mental, escasa interrelación social concluyendo que esto afecta de forma general la calidad de vida del cuidador especialmente en la dimensión social.

Oviedo y Rivas (2013), realizó un estudio con el objetivo de describir la calidad de vida de 120 cuidadores familiares, dando como resultado dentro de las dimensiones de la calidad de vida evaluadas alteraciones físicas como problemas con el sueño, fatiga y dolor, además de repercutir en la dimensión social como presentar alteraciones en sus roles familiares, falta de soporte familiar

y retiro social, además de disminución en el dominio emocional que conlleva a problemas de salud mental, por lo cual se deteriora de forma global la calidad de vida del cuidador.

Ramírez et al. (2017) en un estudio determinaron la calidad de vida con relación al grado de sobrecarga, en 47 cuidadores familiares de pacientes con enfermedades neurológicas; se encontró que la mayoría de los cuidadores eran mujeres, con vínculo familiar de esposa, con edad alrededor de los 60 años, se concluyó una correlación baja de la sobrecarga con la disminución de la calidad de vida en sus dimensiones físicas y sociales.

Chávez et al. (2019) determinaron en 12 cuidadores primarios de pacientes con enfermedades de hipertensión arterial y diabetes mellitus, los factores que intervienen la calidad de vida del cuidador; observando que las dimensiones físicas, emocionales y socioeconómicas se ven afectadas por las complicaciones de las enfermedades y tratamientos que sus pacientes presentan.

Cantillo et al. (2021) realizó una investigación en la cual participaron 68 cuidadores, principalmente mujeres (77,94%), con bajo nivel de habilidad de cuidado, afectación negativa en las dimensiones física, social y espiritual de la calidad de vida. Llegaron a la conclusión de que es necesario generar estrategias para mejorar la habilidad del cuidado, el cual se ve afectado por el impacto en la calidad de vida y los niveles de sobrecarga experimentados por el cuidador.

En otra investigación titulada sobrecarga en cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica no transmisible: revisión sistemática de literatura (Serrano et al., 2018), señaló

que la sobrecarga se ve reflejada en todos aquellos que tienen a cargo personas con algún padecimiento sea de tipo neurológico, cardiovascular, neoplásico, respiratorio o gastrointestinal.

En la misma investigación de Serrano, et al., 2018, encontraron 8 artículos, a través de los cuales se evidencia el nivel de sobrecarga en el cuidado de la enfermedad crónica no transmisible en familiares y profesionales de la salud. De manera que llegaron a la conclusión que a nivel mundial el concepto de sobrecarga ha generado gran impacto tanto en los actores involucrados como en el personal de salud como los cuidadores primarios, esto porque las enfermedades crónicas han aumentado en los últimos años, y es indispensable que se tomen y apliquen debidamente medidas preventivas para preservar la salud de los cuidadores y el personal de la salud.

1.6 Sobrecarga

El término sobrecarga proviene de la palabra inglesa Burden, que significa estar quemado, se refiere al desgaste, trabajo, esfuerzo y energía invertida en hacer algo (Barrera et al., 2015). Este término, apareció por primera vez en los años sesenta con familiares de pacientes psiquiátricos. En los años de 1970 y 1980 se incrementaron los estudios de cuidadores de pacientes con demencia y se demostró la existencia de sobrecarga, consecuencias negativas del cuidado (Martos et al., 2015).

Zarit (1980) y colaboradores, consideraron la sobrecarga como un elemento clave para estudiar el desgaste del cuidador, y la definieron como el conjunto de actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar y alteraciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida en general de los cuidadores (como se citó en Pardo, et al., 2015). A partir

de esta definición, se distinguen dos tipos de sobrecarga: la subjetiva que involucra aspectos emocionales ante la experiencia del cuidar, y la objetiva que se refiere al desgaste observable, así como los cambios generados en diversos aspectos de la vida de los cuidadores (Carrillo et al., 2021).

Por otra parte, George y Gwyther (1986), señalaron que la sobrecarga es el conjunto de problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y económicos que pueden ser experimentados por una persona que realiza tareas de cuidado (como se citó en Bachero y Cervera, 2017). Por tanto, la sobrecarga se considera un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente, en un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador causando una peor salud, peor calidad de vida, un mayor dolor percibido, además de opacar sus capacidades como cuidadores (Rodríguez et al., 2016).

Es importante mencionar, que la sobrecarga interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad; ya que disminuye la calidad de la atención que el cuidador brinda. Además de que puede ocasionar, por un lado, episodios de maltrato, tanto físico como psicológico hacia el enfermo y por otro, el empeoramiento de la calidad de vida del cuidador (Pardo et al., 2015). Los factores del contexto también pueden tener consecuencias sobre la magnitud de la carga, pues las relaciones laborales, familiares y sociales, como las necesidades propias, la cultura y las situaciones y sucesos vitales específicos tienen repercusiones en la salud y bienestar en el cuidador primario (Barrera et al., 2015).

1.7 Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (1994), define calidad de vida como la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro de un contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (cómo se citó en Puerto, 2015).

Por otra parte, Ferrell et al. (1992) mencionaron que la calidad de vida tiene un sentido multidimensional que se caracteriza por el bienestar en aspectos o dimensiones de la vida de una persona. Abarcando la interacción de la salud y el funcionamiento psicológico, espiritual, socioeconómico y familiar (Barrera et al., 2015). Ahora bien, la calidad de vida es un fenómeno que debe ser explorado en el cuidador primario informal, ya que llega a ser afectada la sensación de sentirse bien en las diferentes dimensiones de su vida las cuales son: dimensión física, psicológica, social y espiritual (Galvis et al., 2016).

1.7.1 Dimensión física

Se refiere a la salud física, al bienestar del cuerpo. Es decir, control o alivio de los síntomas que se pueden presentar en el cuerpo puede ser: la fatiga, las alteraciones del sueño, náuseas, alteraciones en el apetito, estreñimiento, dolores de cabeza, lumbalgias entre otros (Barrera et al., 2015). En diferentes investigaciones, argumentaron que las alteraciones físicas representan una señal de alerta para los cuidadores y, por ende, un deterioro en su calidad de vida (Zapata, 2018).

1.7.2 Dimensión psicológica

El pensamiento, la emoción y la conducta son tres aspectos psicológicos que están íntimamente relacionadas, ya que las cogniciones, mejor conocidas como creencias, ideas o pensamientos, regulan las emociones y por tanto la conducta (Martínez et al., 2014). Si las cogniciones son irracionales, es decir, interpretaciones ilógicas o contrarias a la realidad, dificultarán las metas establecidas por la persona. En el caso de la salud pueden llegar a afectar la capacidad de mantener un estado saludable y causar depresión, ansiedad e insomnio (Bello, 2014). Por el contrario, las creencias funcionales pueden provocar conductas como la adherencia terapéutica, la adaptación y el reconocimiento de la enfermedad, que permiten mejorar el bienestar físico y psicológico (Martínez et al., 2014).

Por esta razón, la dimensión psicológica abarca las sensaciones de pérdida de control, depresión, o temor (Puerto, 2015). Ya que muchos cuidadores primarios refieren sufrir estrés, incertidumbre, angustia y otros problemas de salud mental derivados de la tarea de cuidar. Toda esta sintomatología aumenta la morbilidad de los cuidadores y disminuye su calidad de vida (Carrillo, 2021).

1.7.3 Dimensión social

La carga del cuidador puede implicar, en el ámbito social, problemas familiares, laborales, económicos, aislamiento del círculo social del cuidador y disminución de las actividades de ocio por parte de éste (Bello, 2014). Por lo cual, se puede manifestar dificultades en esta dimensión de la calidad de vida.

En esta dimensión son importantes las redes apoyo que dispone una persona y así como los recursos emocionales, instrumentales y materiales que pueden ofrecerle, lo cual incide en la calidad de vida (Barrera et al., 2015). Por tanto, formar y fortalecer las redes de apoyo social tiene una función protectora y amortiguadora, por lo que el tipo de relación que se tiene con los demás, influye en la calidad de apoyo social otorgado y percibido, tanto de las redes sociales como en los familiares (Vicente et al., 2022).

1.7.4 Dimensión espiritual

La espiritualidad pone énfasis en la relación con el otro, incluye trascendencia, humanidad, significado y propósito en la vida, autenticidad y verdad, valores, autoconocimiento, creatividad, conciencia y corazón, núcleo, fuerza, alma. Está más relacionado a un contexto personal que institucional (Rivera et al., 2014). Es decir, describe un sentido de propósito y significado en la vida, así como una conexión personal con lo divino o trascendental.

Es importante mencionar, que la espiritualidad no es lo mismo que religión, la segunda representa un conjunto de creencias y prácticas organizadas o un código de conducta, mientras que la primera se caracteriza por la fe, por una búsqueda de significado y propósito en la vida, por una conexión con otros y por la trascendencia de uno mismo, por un sentido de paz interior y bienestar (Uribe y Lagoueyte, 2014).

Cook (2004), señaló que la espiritualidad posee tres orientaciones básicas: la intrapersonal, interpersonal y la transpersonal. La intrapersonal es cuando la persona entra en contacto consigo mismo; con lo que se es, con una perspectiva valorativa de uno mismo que aporta simpatía. La interpersonal se refiere a la solidaridad, la comprensión, el amor, la admiración y aceptación por

el otro. La transpersonal cuando se va más allá de sí mismo, del otro y la realidad material (como se citó en Rivera et al., 2014). De manera que, la espiritual está íntimamente vinculada a la experiencia personal.

Capítulo 2. Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo conductual es una forma de psicoterapia orientada en las soluciones está diseñada para reducir síntomas y aumentar el bienestar lo más rápido posible. Como su nombre sugiere, incluye componentes cognitivos, que se enfoca en cambiar los patrones problemáticos de pensamiento, y un componente conductual, que ayuda a desarrollar acciones que nos resulten efectivas. Estos componentes se desarrollaron más o menos independientes (Gillihan, 2018).

2.1 Antecedentes

A mediados del siglo XX, el psicoanálisis era la forma más común de terapia de conversación para trastornos psicológicos. El enfoque se basaba en la teoría de la mente de Sigmund Freud y a menudo implicaba encontrarse regularmente con un terapeuta durante varios años y explorar la propia niñez y la educación recibida. Aunque muchas personas se beneficiaban del psicoanálisis y tratamiento similares, otros expertos en el comportamiento humano comenzaron a buscar formas de brindar un alivio más rápido. Se inspiraron en descubrimientos acerca de cómo los animales aprenden, y comenzaron a aplicar estos principios a personas con trastornos de ansiedad y depresión, Estos esfuerzos llevaron al desarrollo de la terapia de comportamiento o terapia conductual (González et al., 2017).

Gracias al psiquiatra Josep Wolpe y al psicólogo Arnold Lazarus hallaron que cambios sencillos y directos en el propio comportamiento podían proporcionar alivio. Por ejemplo: las personas con fobias podrían superar sus miedos enfrentándose gradualmente a lo que les aterraba.

Gracias a este desarrollo, ya no pasaron años en un diván excavando en los sucesos de la infancia, con algunas sesiones de trabajo específico podían observar una mejoría (Ruiz y Ruiz, 2018).

Poco después de que aparecieron las primeras terapias conductuales, otros expertos de la salud mental propusieron una explicación diferente para problemas psicológicos. El psiquiatra Aaron Beck y el psicólogo Albert Ellis propusieron la idea de que los pensamientos influyen fuertemente en nuestras emociones y nuestro comportamiento. Junto con eso, afirmaron que nuestro sufrimiento es causado por nuestros pensamientos. Según Beck y otros que también han desarrollado la terapia cognitiva, lo primero que tiene que hacer en la terapia es identificar los pensamientos negativos, que nos dañan y luego trabajar para sustituirlos por pensamientos más adecuados y útiles (Gillihan, 2018).

2.2 Definición

Poco tiempo después de su desarrollo, estas dos corrientes se formaron la Terapia Cognitivo Conductual y se considera que esta terapia se basa en el supuesto que las emociones y las conductas es decir lo que sentimos y lo que hacemos son en gran medida el resultado del pensamiento (Ruiz y Ruiz, 2018). Por lo tanto, las intervenciones cognitivo conductuales generalmente tienen como objetivo reducir o eliminar el malestar psicológico y el comportamiento desadaptativo mediante la modificación de los procesos cognitivos. De esta manera se pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar (Díaz et al., 2016). Por ello se dice que, la terapia cognitivo conductual es un tipo de intervención que busca trabajar con las respuestas disfuncionales físicas, emocionales, cognitivas y conductuales, de carácter aprendido; es decir, que se han practicado a lo largo del tiempo y se han convertido en hábitos (Ruiz et al., 2012 y Martin, 2012).

Mera (2015) y Vernon y Doyle (2017), señalan que la terapia cognitivo conductual es una de las mejores terapias que se encuentran en la actualidad. Debido a que es el modelo más investigado dentro del campo de la psicoterapia y porque en sus estudios demuestra la eficacia de su intervención en comparación con otros modelos (Ruiz y Ruiz, 2018).

2.3 Principales autores

Los autores más famosos de este enfoque terapéutico son Albert Ellis y Aaron Temkin Beck, los cuales incursionaron primero en el psicoanálisis y posteriormente, se dirigieron hacia el cognitivismo, desarrollando sus propios modelos terapéuticos (Martín, 2012). Albert Ellis propuso el modelo de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en el cual argumentó que las emociones y la conducta se derivan de la forma en que se interpreta lo que sucede, más que de lo que suceda en sí mismo. Según este modelo, los sucesos activadores (A) se valoran a la luz de las creencias (B), lo que genera a su vez unas consecuencias emocionales (C). Las creencias pueden ser racionales o irracionales, y las creencias irracionales tienden a suscitar y mantener los estados emocionales negativos (Obando et al., 2015).

Por su parte el modelo de Beck, desarrollado a partir de sus trabajos sobre la depresión, propone que los pensamientos desadaptativos sobre uno mismo, del mundo y del futuro conducen a distorsiones cognitivas que generan sentimientos negativos. Beck introdujo el término psicoterapia cognitiva y brinda conocimiento sobre su modelo, enseñando los niveles de cognición donde identifica pensamientos automáticos, esquemas y distorsiones cognitivas. Finalmente, en 2014, renueva su modelo y luego su nombre, llamándolo modelo cognitivo genérico-integrativo,

el cual sostiene que los procesos cognitivo-conductuales son la base de los trastornos (González et al., 2017).

Además de la brevedad, la eficiencia y los resultados empíricos de este modelo de investigación, Aaron Beck y Albert Ellis también analizaron las creencias y otros aspectos cognitivos de la angustia emocional. Además, hay tres principios básicos que los autores comparten. La primera es que la cognición afecta el comportamiento y las emociones; segundo, que la cognición se puede observar y cambiar; finalmente, el tercero, donde al cambiar las propias creencias se pueden provocar cambios en el comportamiento y con ello provocar experiencias más adecuadas (Gillihan, 2018).

Con la aportación de Ellis y Beck se reconoce que la mayor parte del sufrimiento humano surge de creencias irracionales, supuestos o significados personales adquiridos en la experiencia. Pero que también dichos pensamientos pueden ser modificados; es así que, el psicólogo debe tener la capacidad de transmitir a la persona herramientas que permitan modificar dichos pensamientos y a ser más conscientes de estos. Además, debe mostrar en todo momento una actitud y comprensión activa, tanto en la evaluación de las distorsiones cognitivas como en las distintas técnicas aplicadas, buscando de esta forma generar una modificación en su sistema cognitivo y un posterior cambio conductual (Martín, 2012).

2.4 Técnicas cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual reúne una amplia gama de técnicas de intervención psicológica, y métodos para el tratamiento de diversos problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar a la persona en su interacción con diversos contextos, pero también a la vez su

desarrollo y optimización de sus potencialidades y habilidades. La diversidad que atiende este conjunto de técnicas terapéuticas permite crear un diseño creativo de programas de tratamiento para los problemas más recientes, específicos, o con las presentaciones clínicas más complicadas (Ruiz et al., 2012).

Según diversos estudios las técnicas cognitivo conductual son eficaces en la disminución de la sobrecarga del cuidador, esta terapia ha demostrado reducir la sintomatología depresiva, el estrés percibido, los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado y la ansiedad, mejorando así la adaptación y el afrontamiento de los cuidadores y reduciendo su malestar psicológico (López, 2017).

Se han empleado tres estrategias: fisiológicas, conductuales y cognitivas. Las estrategias fisiológicas están encaminadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico. Entre las técnicas más empleadas se encuentran la relajación, el control de la respiración y el biofeedback. Por otra parte, las estrategias conductuales se orientan a dotar al participante de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales y familiares. Usualmente se emplea el entrenamiento asertivo y en habilidades sociales, así como las técnicas de solución de problemas y de modificación de conducta. Finalmente, las estrategias cognitivas buscan mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los conflictos personales, familiares y laborales como la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación del estrés, la reestructuración cognitiva y el control de pensamientos (Reyes y González, 2016). A continuación, se presentan las técnicas que se ocuparon en la intervención.

2.4.1 Respiración diafragmática

Las técnicas de respiración son útiles para reducir los niveles de activación fisiológica y psicológica. El objetivo es que las personas aprendan a controlar voluntariamente su respiración, para que puedan aplicarla en situaciones donde la respiración se encuentra alterada (Ruiz et al., 2012). La respiración diafragmática, es una estrategia psicofisiológica no invasiva, en la cual se induce al participante a respirar de manera rítmica, lenta, con inhalaciones profundas, exhalaciones pronunciadas y pausas entre la inspiración y la expiración (Villaroel y González, 2015).

2.4.2 Relajación muscular progresiva

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 del músculo (Ruiz et al., 2012).

2.4.3 Reestructuración cognitiva

La Reestructuración Cognitiva consiste en que la persona, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados (Villaroel y González, 2015). Se puede hacer uso del modelo ABCD de Albert Ellis, dónde A: se refiere al acontecimiento activador, un suceso real y externo que se le presenta a la persona B: es la creencia o cadena de pensamientos que la persona tiene como respuesta de “A”; C: representa la consecuencia emocional o conducta del sujeto y D: representa los pensamientos alternos que se pueden tener con respecto A (Ruiz et al., 2012).

2.4.4 Solución de problemas

Con esta técnica se pretende encontrar una solución eficaz ante alguna situación problemática, para afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir de esta manera identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes (Ruiz et al., 2012). Es importante definir y formular el problema porque se enfocará en encontrar información precisa sobre el problema, describirlo de manera clara y sin ambigüedades, identificar factores, condiciones y proponer soluciones o alternativas realistas para resolver el problema. Además, se elige la solución más adecuada, que finalmente implementa en la práctica, a partir de la cual evalúan su eficacia (Caballo, 2015).

2.4.5 Psicoeducativa

Esta técnica permite brindar a las personas la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. Tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la Calidad de Vida (Bulacio, et al., 2006, como se citó en Villaroel y González, 2015).

2.4.6 Asertividad

La asertividad es entendida cómo la acción de expresar de forma adecuada lo que se siente o se piensa, sin llegar a agredir a terceros. Es decir, es la forma de expresión congruente, directa y consciente cuya finalidad es comunicar pensamientos, ideas, emociones, sentimientos sin agredir a la persona con la que se está hablando. Por lo que al momento de expresar lo que se siente, la persona se hace responsable de lo que su comentario pudiera ocasionar o cómo lo vaya a tomar la otra persona (Duque y Diaz, 2016).

2.4.7 Imaginación guiada

La técnica de imaginación guiada es definida como los fragmentos de la memoria, reconstrucciones, representaciones o símbolos los cuales pueden ser objetos, sentimientos o ideas, las cuales se utilizan para crear un sueño y pensamientos (Thomas, 1991). Es una herramienta utilizada para el cambio de actitudes, comportamientos, emociones y reacciones psicológicas de las personas que tiene como principal enfoque reducir el dolor y la ansiedad en pacientes, usando imágenes mentales que se producen mediante la narrativa (como se citó en Cesarez et al., 2020).

La imaginación guiada es una intervención entre la mente y el cuerpo, donde se utiliza la propia imaginación y el procesamiento mental de la persona para formar una representación mental de un objeto, lugar, evento o situación percibida por los sentidos. Se considera una técnica de relajación que se centra en la interacción entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento. Se aconseja al paciente que se concentre en imágenes agradables para reemplazar los sentimientos negativos o estresantes. Las imágenes guiadas pueden ser autoguiadas, guiadas por profesionales o grabadas (Santos et al., 2018).

2.4.8 Administración del tiempo

Davis, Fanning y McKay (2002), indican que el objetivo de esta técnica es que sea posible establecer prioridades que pongan de relieve las tareas más importantes y permitan tomar las decisiones en base a esa importancia, ganar tiempo haciendo un horario realista y eliminando las tareas de escasa prioridad y aprender a tomar decisiones básicas (como se citó en Villaroel y González, 2015).

2.5 Telepsicología

Según Argüero et al. (2021) la psicoterapia vía internet o telepsicología surge de la mano del avance de la tecnología, específicamente de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, que incluyen dispositivos fijos o móviles, diferentes tipos de aplicaciones o desarrollos de software, entre muchos otros. Fue evidente el gran crecimiento que tuvo la psicoterapia vía internet con el surgimiento de la pandemia.

Se ha usado este término para referirse a todas las acciones encaminadas a innovar estrategias de evaluación, prevención y tratamientos psicológicos, incrementando las iniciativas enfocadas a la promoción e intervención psicológica mediada por tecnología y que han favorecido el acceso y la diseminación de intervenciones eficaces sin importar distancias, barreras físicas y sociales (De la Rosa, 2021).

La telepsicología permite que los usuarios tengan un rápido acceso al servicio de atención sin que el horario sea un inconveniente debido a que permanecen en casa y es posible la conexión con el profesional en un contexto de mutuo acuerdo, presenta rentabilidad y eficiencia debido a que reduce tiempo y gastos de desplazamiento (Acero et al., 2020). Con la telepsicología, se deben aplicar los mismos principios que en terapia presencial respecto a la normativa ética y deontología que garantiza una práctica psicológica adecuada (Torre y Prado, 2018). La evidencia respalda que la terapia cognitivo conductual mediada con tecnologías es segura y efectiva (Barak et al., 2008; Graham et al., 2000; Jones y Stokes, 2009; Richards, 2009 como se citó en Flores et al., 2014).

Capítulo 3. Metodología

3.1 Objetivo de la intervención

Diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención cognitivo conductual en línea para disminuir la sobrecarga de cuidadores primarios informales y favorecer su calidad de vida.

3.2 Metas del tratamiento

Disminuir los niveles de sobrecarga de cuidadores primarios informales.

Favorecer los niveles de bienestar físico, social, psicológico y espiritual de los cuidadores primarios informales.

3.3 Hipótesis

H1: Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales habrán reducido los niveles de sobrecarga.

H0: Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales no habrán reducido los niveles de sobrecarga.

H2: Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales habrán favorecido su calidad de vida en la dimensión física.

H0: Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales no habrán favorecido su calidad de vida en la dimensión física.

H3: Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales habrán favorecido su calidad de vida en la dimensión psicológica.

H0: Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales no habrán favorecido su calidad de vida en la dimensión psicológica.

H4: Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales habrán favorecido su calidad de vida en la dimensión social.

H0: Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales no habrán favorecido su calidad de vida en la dimensión social.

H5: Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales habrán favorecido su calidad de vida en la dimensión espiritual.

H0: Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales no habrán favorecido su calidad de vida en la dimensión espiritual.

3.4 Muestra

La selección de los participantes se basó en un muestreo no probabilístico. Ya que esta, señala que la elección de las personas no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Sampieri et al., 2014) en este caso con ser cuidadores primarios informales de enfermos crónicos.

3.5 Participantes

Los participantes del programa de intervención cognitivo conductual se seleccionaron con base a los siguientes criterios:

Criterio de inclusión

Ser cuidador primario informal de un adulto con enfermedad crónica, ser mayor de edad, tener acceso a internet y haber contestado el pre y la post evaluación.

Criterio de exclusión

No ser cuidador primario informal de un adulto con enfermedad crónica, no ser mayor de edad, no tener acceso a internet y no haber contestado el pre y la post evaluación.

Se conformó una muestra de 16 participantes, de los cuales 14 fueron mujeres y 2 hombres. Para obtenerla, se realizó un cartel el cual se compartió en grupos de WhatsApp y Facebook, así mismo se difundió el cartel en dos hospitales.

3.6 Diseño del estudio

El diseño es de carácter preexperimental pretest-postest de un solo grupo. Para evaluar los cambios, se utilizará un diseño ABA.

3.7 Escenario

El programa se impartió en línea, mediante la plataforma de zoom, lo cual permitió participantes de diferentes lugares como: México, Puebla y Oaxaca. Así mismo, se ocupó las aplicaciones de WhatsApp y Facebook para tener una mejor comunicación.

3.8 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 y Sánchez, 2007).

Variables dependientes: Sobrecarga y calidad de vida

Definición conceptual: Sobrecarga

Zarit (1980) y colaboradores, consideraron como el conjunto de actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar y alteraciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida en general de los cuidadores (como se citó en Pardo et al., 2015).

Definición operacional:

Escala de Zarit Burden Interview (ZBI), se utilizará la Escala de Carga Zarit en su versión validada en México, consta de 22 ítems con escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre) (Alpuche et al., 2008).

Definición conceptual: Calidad de vida

Ferrell (2005) define la calidad de vida como la evaluación subjetiva de los atributos, bien sea positivos o negativos que caracterizan la propia vida y que consta de cuatro dimensiones que incluyen: el bienestar físico, psicológico, social y espiritual. El bienestar físico abarca la habilidad funcional y la salud física en general. El psicológico incorpora la sensación de control, la

depresión, el temor y la felicidad. El social enfoca los componentes de interrelación de la calidad de vida, incluidos el sufrimiento familiar, el aislamiento social, y las finanzas. El bienestar espiritual, los temas de significado y propósito de la vida, la esperanza, incertidumbre y trascendencia (como se citó en Puerto, 2015).

Definición operacional:

Calidad de Vida Versión Familiar, del inglés (Quality of Life Family-Version). Es una adaptación del instrumento (Quality of life patient-cancer-survivor) realizada por Ferrell y colaboradores. Investigadores como Arcos y Pinto en el 2010 iniciaron el proceso de validez y confiabilidad del instrumento en el idioma español en el contexto colombiano. Los resultados evidenciaron que solo 35 ítems del total de 37 de la versión original cumplían con la pertinencia en la evaluación de la calidad de vida de los cuidadores familiares (Puerto, 2015).

3.9 Instrumentos de medición

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, ha demostrado ser un instrumento válido y confiable para medir la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónica no transmisible, es la más utilizada para este objetivo a nivel mundial. Se utilizó la Escala de Carga Zarit en su versión validada en México consta de 22 ítems con escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). El instrumento muestra una puntuación global de 0 a 88. Tiene una consistencia interna que oscila entre .69 y .90. Evalúa tres dimensiones: impacto de cuidado, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia. A mayor puntuación obtenida en la escala de Zarit, mayor nivel de sobrecarga presentará el participante (Álvarez et al., 2008) (Anexo 1).

Calidad de Vida Versión Familiar en español

Para la presente investigación se utilizó el instrumento que corresponde a la adaptación de Barrera y colaboradores (Validez del constructor y confiabilidad del instrumento Calidad de Vida Versión Familiar en español), los hallazgos del estudio reportan una correlación test- retest de 0,86, una consistencia interna medida por un alfa de Cronbach de 0,86 en test y de 0,86 de re-test. El instrumento utilizo 35 ítems que describen las 4 dimensiones de la calidad de vida del cuidador familiar como: la física, psicológica, social y espiritual.

Para interpretar de los resultados, los autores definen las siguientes características; valores mínimos en la puntuación de la dimensión física, social y espiritual se relacionan con una percepción positiva de la calidad de vida. Las puntuaciones bajas en la dimensión psicológica equivalen a una percepción negativa de la calidad de vida. La dimensión física está conformada por 5 ítems (1-5) con un rango de 5 a 20 puntos. La dimensión psicológica está conformada por 14 ítems (6-19) con rango de 14 a 56 puntos. La dimensión social está conformada por 9 (20-28) con un rango de 9 a 36 puntos y la dimensión espiritual se conforma por 7 ítems (29-35) con un rango de 7-28 puntos.

La escala de medición es de tipo Likert para las preguntas 1-4, la evaluación corresponde a 1= Ausencia de problema. 2= Algo de problema. 3= Problema. 4= Muchísimo problema. Para las preguntas 5,10, 19, 28 y 35, la evaluación corresponde a 1= Sumamente mala, 2= regular, 3= buena. 4= Excelente. Para la pregunta 6, la evaluación es 1= Muy fácil, 2= fácil, 3= difícil, 4= muy difícil. Para las preguntas 7-9, 11-18, 20-27, 29-35, se evalúa con las siguientes opciones. 1= Nada, 2= algo, 3= moderado, 4= muchísimo. Las autoras del instrumento indican que es necesario

invertir 17 ítems (5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 28, 29, 30, 32, 33, 34 y 35), dado que están formulados negativamente (Puerto, 2015) (Anexo 2).

3.10 Procedimiento

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

Fase I. Pre evaluación: Se llevó a cabo la presentación y bienvenida al taller a los cuidadores primarios informales, se firmó el consentimiento informado y contestaron los instrumentos de: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y Calidad de Vida Versión Familiar en español.

Fase II. Intervención: Se realizaron 5 sesiones de intervención, cada una tuvo una duración de hora y media llevándose a cabo los lunes y miércoles, en un horario de 6:30 a 8:00. En la sesión 1 se abordó la dimensión espiritual, en la sesión 2 y 3 la dimensión psicológica, en la sesión 4 la dimensión física y en la sesión 5 la dimensión social. En cada sesión se hizo uso de técnicas cognitivas conductuales como: psicoeducativa, reestructuración cognitiva, solución de problemas, relajación, asertividad e imaginación guiada.

Fase III. Post evaluación: Se reflexionó sobre las sesiones anteriores, se contestaron los instrumentos, así como unas preguntas de escala sobre su percepción de sobrecarga, se presentó el decálogo del cuidador, se dio cierre del taller y se entregaron de reconocimientos. El desarrollo de las tres fases se puede observar en el cuadro 1.

Cuadro 1.

Estructura del taller “Cuidándome para cuidar”.

TALLER “CUIDÁNDOME PARA CUIDAR”					
Objetivo: Disminuir la sobrecarga y favorecer la calidad de vida de cuidadores primarios informales de enfermos crónicos.	Dirigido a: Cuidadores primarios informales de enfermos crónicos, mayores de 18 años.	Días: miércoles y viernes	Modalidad: En línea (plataforma zoom) así como las aplicaciones de Facebook y WhatsApp	Instrumentos de evaluación: Escala de Carga Zarit en su versión validada en México por Alpuche y colaboradores y Calidad de Vida Versión Familiar en español.	Horario: 6:00 a 7:30 p.m.
		Duración: 7 sesiones			
N° de sesión	Nombre de la sesión	Dimensiones	Técnicas o estrategias	Descripción de las actividades	Tareas
1	Bienvenida	Presentación del taller y pre-evaluación		<ul style="list-style-type: none"> • Dar la bienvenida y generar rapport. • Presentación del taller. • Firma del consentimiento informado (Anexo 3). • Aplicación de instrumentos. • Explicación del registro conductual (Identificar la intensidad de sobrecarga y las situaciones que la generan). • Lectura del cuento “el leñador”. 	Registro conductual
2	Mi valor como cuidador	Espiritual	Psicoeducativa Imaginación guiada	<ul style="list-style-type: none"> • Dar la bienvenida a la segunda sesión. • Preguntar qué implica ser un cuidador. • Reflexionar sobre las respuestas proporcionadas. • Aplicar la técnica de imaginación guiada (verse como el enfermo que cuidan y desde el enfermo ver al cuidador). • Preguntar ¿Qué descubrieron con la actividad que se realizó? ¿Cómo te mirabas al inicio de esta sesión y cómo te miras ahora? • Pedir que dibujen al familiar que cuidan y a su alrededor las cualidades que tiene. • Pedir que se dibuje a ellos mismos y escriban a su alrededor sus cualidades. • Explicar brevemente qué es la espiritualidad. 	<p>Escuchar un audio titulado “la caída de una hoja llamada Freddie”.</p> <p>Responder las preguntas: -¿Qué piensas al terminar de escuchar la historia de la caída de una hoja llamada Freddie? - ¿Qué te hizo sentir?</p>
3	Cuidando mi mente	Psicológica	Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Dar la bienvenida a la sesión 3. • Revisar la tarea. • Explicar brevemente la dimensión psicológica. • Explicar el modelo ABCD y presentar ejemplos. 	Hacer uso del registro ABCD

				<ul style="list-style-type: none"> • Pedir a los participantes que seleccionen 1 situaciones que les genera sobrecarga y la describa. • Pedir que anoten las ideas que les vienen a la mente en esa situación (Lluvia de ideas). • Pedir que escriban ¿Cómo los hace sentir esas ideas? • Preguntar ¿Creen que en esta situación podemos pensar de otra manera? • Realizar equipos, en donde elijan una situación específica que le provoca sobrecarga, los pensamientos y lo que siente. El equipo tendrá que buscar otras formas de pensar, que sean más útiles para lo que tiene que enfrentar. • Breve reflexión sobre lo que realizaron. 	
4	Cuidado mis emociones	Psicológica	Solución de problemas y asertividad	<ul style="list-style-type: none"> • Dar la bienvenida a la sesión 4. • Explicar la técnica de solución de problemas. • Construir juntos, un ejemplo de solución de problema. • Realizar equipo, a cada uno se le proporcionará un problema y entre todos tendrán que escribir posibles soluciones. • Valor las ventajas y desventajas y elegir la más adecuada. • Reflexionar sobre la importancia de la comunicación asertiva. 	Aplicar la técnica de resolución de problemas
5	Cuidando mi cuerpo	Física	Psicoeducativa y relajación	<ul style="list-style-type: none"> • Dar la bienvenida a la sesión 5. • Revisar la tarea. • Explicar que sucede con nuestro cuerpo cuando nos sobrecargamos. • Explicar la técnica de relajación. • Practicar ejercicios de respiración. • Explicar la relajación progresiva y practicar con los músculos de la mano. • Reflexionar sobre la importancia de la alimentación equilibrada, ejercicio físico diario y descanso y sueño. 	Practicar la técnica de relajación. Escuchar audios de relajación.
6	Cuidando mis relaciones	social	Psicoeducativa/ Administración de tiempos.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar la bienvenida a la sesión 6. • Presentar video "No te rindas, no estás solo". • Reflexionar sobre el video • Explicar la importancia del apoyo social. • Pedir que anoten los nombres de las personas, la relación que tienen y la necesidad que podrían ayudar. • Pedir que anoten los nombres de instituciones en dónde pueden encontrar ayuda. • Reflexionar sobre la importancia de realizar actividades de recreación. • Explicar los beneficios que tiene el tiempo de recreación. 	Realizar su planificación de actividades y tratar de cumplir el mayor número de actividades.

				<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la importancia de administrar los tiempos y reflexionar el ser realista, delegar tareas y poner límites. 	
7	Cierre del taller.	Post evaluación y cierre del taller.		<ul style="list-style-type: none"> • Dar la bienvenida y • Revisar la tarea. • Hacer una reflexión sobre todas las sesiones anteriores. • Contestar 9 preguntas de escala, que permiten conocer su percepción de sus niveles de sobrecarga. • Contestar los instrumentos. • Presentar el decálogo del cuidador. • Cierre y agradecimiento del taller. 	

Nota: Desarrollo de las intervenciones del taller “Cuidándome para cuidar” La versión más detallada de las sesiones se pueden observar mejor en el anexo 4.

Capítulo 4. Resultados de la intervención

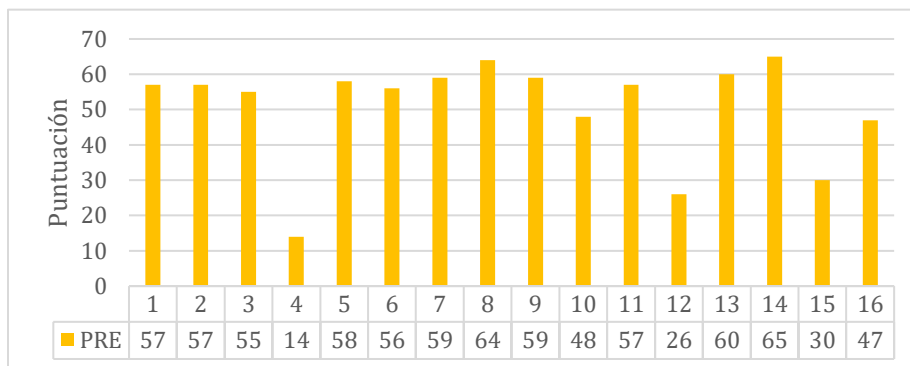
El programa de intervención contó con una muestra de 16 cuidadores primarios informales de enfermos crónicos, la edad promedio fue de 45 años, con una edad mínima de 33 y la máxima de 59 años, el rango de diferencia fue de 26; existió una desviación estándar de 7.88. Casi la totalidad de los cuidadores fueron mujeres representando un 87.5% y solamente hubo dos hombres que corresponden al 12.5% de la muestra. Los cuidadores tienen a su cargo el cuidado de: papá 18.75% (3), mamá 37.50% (6) ambos 6.25% (1) hermanos 6.25% (1) y otro 31.25% (5). Por último, dentro de las enfermedades crónicas que portan sus familiares se encuentran: insuficiencia renal crónica, alzheimer, diabetes, hipertensión, cáncer e insuficiencia hepática.

4.1 Resultados de sobrecarga

Para medir la variable de sobrecarga en los cuidadores primarios informales de enfermos crónicos antes de la intervención, se aplicó el instrumento de Zarit el cual puede arrojar puntuaciones de 0 a 88 puntos.

Figura 1

Preevaluación de la variable de sobrecarga

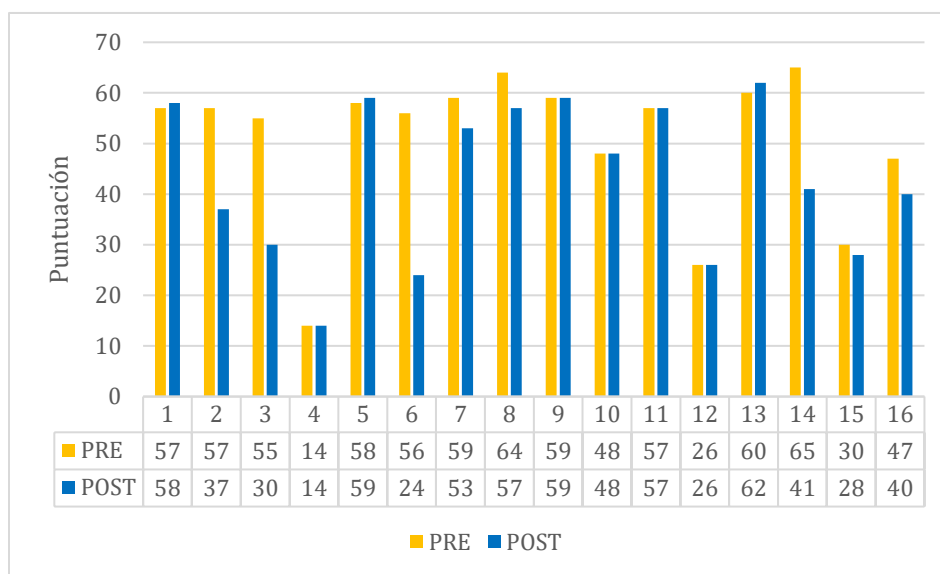


Nota. La gráfica representa los resultados de la preevaluación del instrumento de Zarit que mide sobrecarga en cuidadores primarios informales de enfermos crónicos.

Con base a los resultados del instrumento de Zarit se identifica una puntuación total de 812 puntos, una media de 50.75, DS de 14.68 y una moda de 57 puntos. El puntaje más alto fue del participante 14 con un total de 65 puntos y el más bajo fue del participante 4 con 14 puntos. Se puede observar en la figura 1, que el 81% (13) de cuidadores primarios informales de enfermos crónicos, obtuvieron puntajes arriba de 44 y solamente el 19% (3) obtuvo un puntaje menor.

Figura 2

Pre y post evaluación de la variable de sobrecarga



Nota. La gráfica representa los resultados de la pre y post evaluación del instrumento de Zarit para medir sobrecarga de cuidadores primarios informales que vivieron el taller “Cuidándome para cuidar”.

Los resultados del instrumento de Zarit en la post evaluación fue una puntuación total de 693, lo que significa que hubo disminución total de 119 puntos, una media de 43.31, DS de 15.38 y una moda de 59 puntos. El puntaje más alto fue del participante 13 con un total de 62 puntos y el más bajo fue del participante 4 con 14 puntos.

Se puede observar en la figura 2, que hubo una disminución muy significativa en los participantes 2, 3, 6 y 14 ya que sus diferencias fueron mayores de 20 puntos, en el participante 2

la disminución fue de 20 puntos, en el participante 3, disminuyeron 25 puntos en el participante 6 la disminución fue de 32 puntos y el participante 14 tuvo una disminución de 24 puntos. En cuanto a los participantes 7, 8, 15 y 16 hubo una disminución desde 2 hasta 7 puntos. Por lo tanto, se puede decir que después de la intervención el 50% de cuidadores primarios informales de enfermos crónicos, disminuyeron sus niveles de sobrecarga.

Figura 3

Resultado estadístico de la variable de sobrecarga

Estadísticos de prueba ^a	
	Pre_Post- Sobrecarga
Z	-2.360 ^b
Sig. asin. (bilateral)	.018

Nota. Resultados estadísticos de la prueba Wilcoxon de la variable de sobrecarga, en donde sig. asin. (bilateral) significa el nivel de significancia.

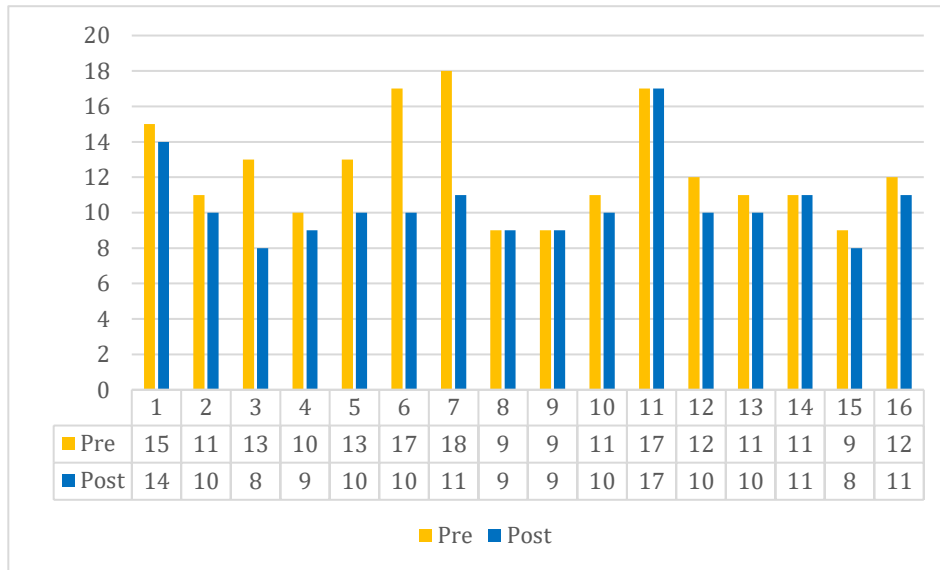
En la figura 3, se pueden observar el resultado de la prueba Wilcoxon de la variable de sobrecarga en donde se obtuvo que el valor de Z fue de -2.360 con un nivel de significancia de .018, este valor es menor a 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna H₁ “Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales habrán reducido los niveles de sobrecarga”.

4.2 Resultados de calidad de vida

Para evaluar la calidad de vida se aplicó el instrumento de “Calidad de vida familiar, versión español” dicho instrumento evalúa las dimensiones de espiritualidad, física, social y psicológica. En donde los puntajes bajos en las dimensiones física, social y espiritual equivalen a una percepción positiva de calidad de vida y en la dimensión psicológica puntajes bajos equivalen a una percepción negativa de calidad de vida.

Figura 4

Resultados de la dimensión física de la calidad de vida



Nota. Resultados la pre y post evaluación en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas en la dimensión física de la calidad de vida.

Los resultados de la dimensión física en la pre evaluación fue una puntuación total de 198 puntos, una media de 12.38, DS de 2.94 y una moda de 11 puntos. El puntaje más alto fue del participante 7 con un total de 18 puntos y los más bajo fueron de los participantes 8, 9 y 15 con 9 puntos. En comparación con la post evaluación hubo una puntuación total de 167, lo que significa que hubo disminución total de 31 puntos, una media de 10.44, DS de 2.25 y una moda de 10 puntos. Posterior a la intervención el puntaje más alto fue del participante 11 con un total de 17 puntos y el más bajo fueron de los participantes 3 y 15 con 8 puntos. Se observa en la figura 4 que hubo una disminución significativa en los participantes 3, 5, 6, 7 y 12 de hasta 7 puntos. Los participantes 1, 2, 4, 10, 15, 17 y 18 disminuyeron un punto y los participantes 8, 9, 11 y 14 se mantuvieron. Se puede decir que después de la intervención el 75% de cuidadores primarios informales de enfermos crónicos, favorecieron su calidad de vida en la dimensión física, disminuyendo sus puntuaciones.

Figura 5

Resultado estadístico de la dimensión física de la calidad de vida

	Pre_Post- Dim_Física
Z	-3.129 ^b
Sig. asin. (bilateral)	.002

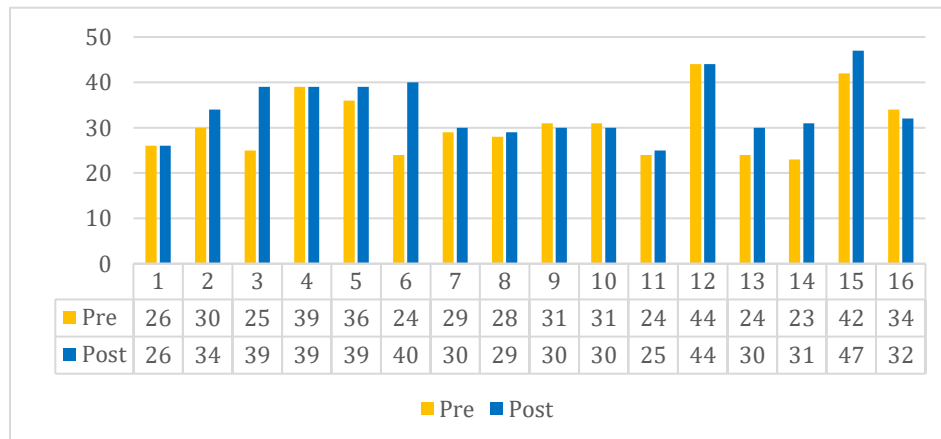
Nota. Resultados estadísticos de la prueba Wilcoxon de la dimensión física de la calidad de vida, en donde sig. asin. (bilateral) significa el nivel de significancia.

En la figura 5, se observan los resultados de la prueba Wilcoxon de la dimensión física de la calidad de vida, el valor de Z fue de -3.129 con un nivel de significancia de .002, este valor de significancia es menor a 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna H₂, “Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales habrán favorecido su calidad de vida en la dimensión física”.

En la dimensión psicológica se consideraron las puntuaciones bajas como una mala calidad de vida. Los resultados de antes y después del taller se pueden observar en la figura 6

Figura 6.

Resultados de la dimensión psicológica



Nota. Resultados la pre y post evaluación en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas en la dimensión psicológica de la calidad de vida.

Los resultados en la dimensión psicológica en la pre evaluación fue una puntuación total de 490 puntos, una media de 30.63, DS de 6.69 y una moda de 24 puntos. El puntaje más alto fue del participante 12 con un total de 44 puntos y el más bajo fue del participante 14 con 23 puntos. En comparación con la post evaluación la puntuación total fue de 545, lo que significa que hubo un incremento de 55 puntos, una media de 34.06, DS de 6.46 y una moda de 30 puntos. El puntaje más alto fue del participante 15 con un total de 47 puntos y el más bajo fue del participante 11 con 25 puntos. En la figura 6, se observa que hubo un incremento significativo en los participantes 3, 6, 13, y 14 de 6 hasta 16 puntos. En los participantes 2, 5, 7, 8, 11 y 15 aumentaron desde 1 hasta 5 puntos y en los participantes 1, 4, y 12 se mantuvieron. Por lo tanto, se puede decir que después de la intervención que el 62.50 % de cuidadores primarios informales de enfermos crónicos, favorecieron su calidad de vida en la dimensión psicológica, aumentando sus puntuaciones.

Figura 7

Resultado estadístico de la dimensión psicológica de la calidad de vida

Estadísticos de prueba^a	
	Pre_Post- Dim_Psicológi ca
Z	-2.356 ^b
Sig. asin. (bilateral)	.018

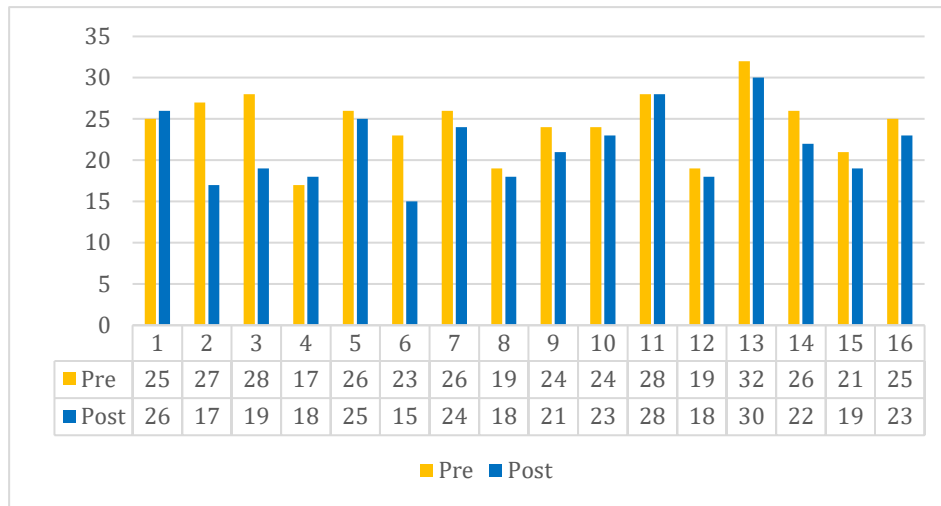
Nota. Resultados estadísticos de la prueba Wilcoxon de la dimensión psicológica de la calidad de vida, en donde sig. asin. (bilateral) significa el nivel de significancia.

Se puede observar en la figura 7, los resultados de la prueba Wilcoxon de la dimensión psicológica de la calidad de vida, el valor de Z fue de -2.356 con un nivel de significancia de .018 este valor de significancia es menor a 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la

hipótesis alterna H₃, “Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales habrán favorecido su calidad de vida en la dimensión psicológica”.

Figura 8

Resultados de la dimensión social de la calidad de vida



Nota. Resultados la pre y post evaluación en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas en la dimensión social de la calidad de vida.

Los resultados de la dimensión social en la pre evaluación fue una puntuación total de 390 puntos, una media de 24.38, DS de 3.88 y una moda de 26 puntos. El puntaje más alto fue del participante 13 con un total de 32 puntos y el más bajo fue el participante 4 con 17 puntos. En comparación con los resultados de la post evaluación fue una puntuación total de 346, lo que significa que hubo disminución total de 44 puntos, una media de 21.63, DS de 4.24 y una moda de 18 puntos. El puntaje más alto fue del participante 13 con un total de 30 puntos y el más bajo fue el participante 6 con 15 puntos. En la figura 8, se observa que hubo una disminución significativa en los participantes 2, 3, 6, 9 y el 14 de 3 hasta 10 puntos. En los participantes 5, 7, 8, 10, 12, 13, 15 y 16 disminuyeron una puntuación hasta de 2 puntos y el participante 11 se mantuvo. Se puede

decir que después de la intervención el 81.25% de cuidadores primarios informales de enfermos crónicos, favorecieron su calidad de vida en la dimensión social, disminuyendo sus puntuaciones.

Figura 9

Resultado estadístico de la dimensión social de la calidad de vida

Estadísticos de prueba^a

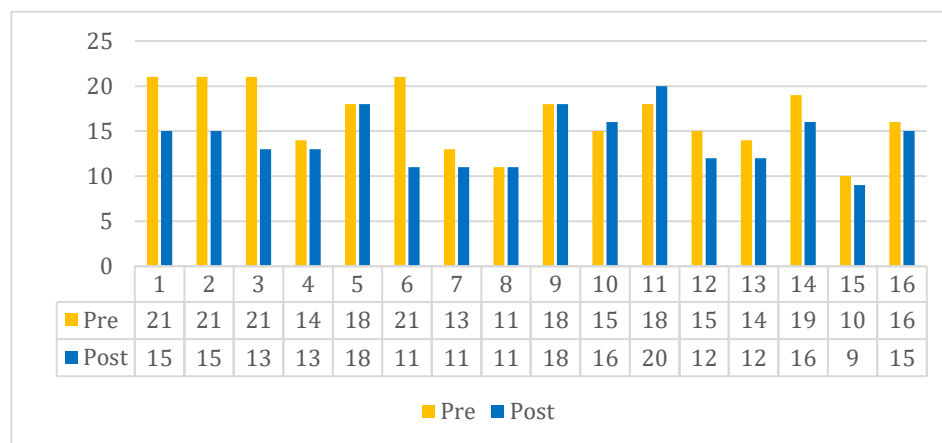
	Pre_Post - Dim_Social
Z	-3.038 ^b
Sig. asin. (bilateral)	.002

Nota. Resultados estadísticos de la prueba Wilcoxon de la dimensión social de la calidad de vida, en donde sig. asin. (bilateral) significa el nivel de significancia.

Se puede observar en la figura 9, los resultados de la prueba Wilcoxon de la variable la dimensión social de la calidad de vida, el valor de Z fue de -3.038 y un nivel de significancia de .002, este valor de significancia es menor a 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna H₄, “Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales habrán favorecido su calidad de vida en la dimensión social”.

Figura 10

Resultados de la dimensión espiritual de la calidad de vida



Nota. Resultados la pre y post evaluación en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónicas en la dimensión espiritual de la calidad de vida.

Los resultados de la dimensión espiritual en la pre evaluación fue una puntuación total de 265 puntos, una media de 16.56, DS de 3.61 y una moda de 21 puntos. El puntaje más alto fue de los participantes 1, 2, 3 y 6 con un total de 21 puntos y el más bajo fue el participante 15 con 10 puntos. En comparación con los resultados de la post evaluación fue una puntuación total de 225, lo que significa que hubo disminución total de 40 puntos, una media de 14.06, DS de 3.07 y una moda de 15 puntos. El puntaje más alto fue del participante 11 con un total de 20 puntos y el más bajo fueron de los participantes 14 con 9 puntos.

En la figura 10, se observa que hubo una disminución significativa en los participantes 1, 2, 3, y 6, de 6 hasta 10 puntos. En los participantes 4, 7, 12, 13, 14, 15 y 16 disminuyeron desde 1 hasta 3 puntos y los participantes 5, 8 y 9 se mantuvieron. Se puede decir que después de la intervención el 68.75 % de cuidadores primarios informales de enfermos crónicos, favorecieron su calidad de vida en la dimensión social, disminuyendo sus puntuaciones.

Figura 9

Resultado estadístico de la dimensión espiritual de la calidad de vida

Estadísticos de prueba^a	
	Pre_Post- Dim_Espiritual
Z	-2.598 ^b
Sig. asin. (bilateral)	.009

Nota. Resultados estadísticos de la prueba Wilcoxon de la dimensión psicológica de la calidad de vida.

Se puede observar en la figura 11, los resultados de la prueba Wilcoxon de la dimensión espiritual de la calidad de vida, el valor de Z fue de -2.598 con un nivel de significancia de .009, este valor de significancia es menor a 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la

hipótesis alterna H_5 , “Al finalizar el taller los cuidadores primarios informales habrán favorecido su calidad de vida en la dimensión psicológica”.

4.3 Análisis cualitativo de los resultados del programa

En la última sesión se plantearon algunas preguntas de escala para conocer mejor la experiencia de los cuidadores primarios informales de enfermos crónicos del taller “Cuidándome para cuidar” e identificar si se cumplió el objetivo y qué fue lo que más los ayudó del mismo. Primero se les planteó: Del número del 1 al 10 ¿Qué tan sobrecargado te sentías, antes de iniciar el taller y qué significaba ese número? Los participantes respondieron: “9, *Mucha responsabilidad, demasiada sobrecarga de trabajo, manejando un nivel de estrés muy alto por lo consiguiente rebasando mis emociones como enojo, depresión, etc.*” (mujer de 59 años, hija del paciente). “8, *Estaba desesperada me sentía atrapada, frustrada, muy triste preocupada, sentía ansiedad, ira* (mujer de 39 años, hija del paciente). 10, *Nivel máximo de intensidad generado por estrés o presión que ejercía sobre mí algún acontecimiento presentado durante el día*” (mujer de 57 años, hija del paciente). “10, *Significa mucha sobrecarga ganas de llorar, estar de malas, sentir culpa mucha culpa y desesperación*” (mujer de 33 años, hija de paciente).

Con base a su respuesta, se puede analizar que algunos participantes llegaron al taller con altos niveles de sobrecarga. Así mismo coinciden con lo que mencionaba Zambrano (2012) los cuidadores llegaron a presentar irritables altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza, resentimiento hacia la persona que cuida, frecuentes dolores, pérdida de energía, sensación de cansancio, y aislamiento.

Después se les preguntó en qué nivel se sentían actualmente, y cómo era su vivencia en este nuevo puntaje, los cuidadores refirieron lo siguiente: De un 8, ahora un 5 *“me siento protegida porque ahora me observo. No me culpo por mis fallas. Veo que gente que sufre más”* (mujer de 39 años, hija del paciente). De un 9 ahora un 5 *“Con mayor tranquilidad, más relajada con mayor entendimiento para no cegarme y poder discernir mis ideas con mayor claridad”* (mujer de 59 años, hija del paciente). De un 10 a un 4, *“Con seguridad respondo que me encuentro en el nivel 4, ya que el viernes y sábado pasado pude haber caído en el nivel 10 y no fue así; considero que manejé bien mi intensidad de sobrecarga”* (mujer de 57 años, hija del paciente). De un 10 a un 2 *“Ha mejorado mi salud y mi estrés y me estoy dando una hora para mí”* (mujer de 46 años, cuñada del paciente). De un 10 a un 4 *“Ya no me siento sola, cuento con una red de apoyo, más tranquila, sin tanta culpa”* (mujer de 33 años hija del paciente). Se puede observar que después de la intervención los participantes disminuyeron su nivel de sobrecarga, sintiendo mayor tranquilidad.

También se les preguntó ¿Qué les ayudó a pasar del número que estaban al inicio, al número de ahora? Ellos reportaron lo siguiente: *“Los ejercicios, me ayudaron a recordar porque soy cuidadora, mi valor, que puede ser protagonista en lugar de víctima”* (mujer de 39 años, hija del paciente). *“Reflexionar y saber que hay personas que se encuentran en situaciones más difíciles que la mía. Valorarme más”* (hombre de 50 años, hijo del paciente). *“Me ayudo a verme a mí, darme tiempo y amor a mí, que yo también existo y aparte las técnicas de relajación”* (mujer de 43 años, hija del paciente). *“El taller que nos diste en línea nos diste mayor claridad para discernir con mayor entendimiento los problemas que se nos presentan como cuidadores, también nos diste herramientas para poder manejarlas de una forma adecuada”* (mujer de 59 años, hija del paciente). *“El taller “Cuidándome para cuidar, en conjunto con las sesiones expuestas dentro de este taller; esto influyó para realizar un cambio, tal vez, en total no, pero creo que, también*

depende de nosotros que con la aplicación de los conocimientos adquiridos durante el taller lograremos poco a poco a alcanzar el nivel 1” (mujer de 57, años hija de paciente). “Las dinámicas que compartiste, me encanto una en especial cuando yo me puse en el lugar de mi paciente y ella en el mío y la del martillo y la del hacha, bueno todas” (mujer de 46 años, cuñada del paciente). “Escuchar las experiencias de otros compañeros, las técnicas de relajación” (mujer de 38 años, nuera del paciente). “Contar con una red de apoyo y darme cuenta de que no soy la única que está en la misma situación que yo y que pueden con eso y con más. Darme más tiempo a mi sin sentir que lo merezco” (mujer de 33 años, hija del paciente). Con base, a sus respuestas se puede identificar que las técnicas que ayudaron más a pasar de un nivel a otro fueron la imaginación guiada, relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas.

Por último, se les preguntó qué si ellos fueran expertos siendo cuidadores y dieran conferencias a los que apenas inician en ese rol ¿Qué les aconsejarían? Los participantes reportaron de manera explícita su respuesta: *“Que no se dejen llevar por el dolor y la desesperación. Que busquen informase para tomar decisiones informadas. Que no se angustie porque en el camino va a descubrir muchas cosas e incluso a autodescubrirse. Que es la oportunidad de encontrar un camino transformador en medio del dolor y la tragedia” (mujer de 39 años, hija del paciente). “Que estamos a la vida nos puso ante un desafío muy grande, pero la vida así es, llena de desafíos y hay que aprender a resolverlos de una manera positiva. Hoy en día hay mucha información por las redes, y es así como podemos buscar redes de apoyo y saber que no estamos solos en las cuales nos pueden dar tips para aprender a resolver los problemas. Buscar asesoramiento y ayuda de otras personas tratar de mantener una actitud positiva, es difícil pero no imposible, hay también instituciones que nos pueden ayudar a brindarles una mayor calidad de vida. Y sobre todo es uno*

de los actos más amorosos que como personas podemos hacer” (mujer de 59 años, hija del paciente). *“Que busque ayuda y que tenga presente el decálogo del cuidador”* (mujer de 38 años, hija del paciente). *“Es importante el cuidado del cuidador, ser paciente con uno mismo”* (mujer de 42 años, amiga del paciente).

Otros participantes respondieron, *“les aconsejaría que es muy importante buscar ayuda, oportunidades y alternativas para mejorar nuestra capacidad y nivel de sobrecarga, para cuidar aquellos que se encuentran en la misma situación que una servidora, que su cuerpo y estado de ánimo se los va a agradecer, pero, sobre todo, el familiar o persona a quien estamos cuidando”* (mujer de 57 años, hija del paciente). *“Que es una gran oportunidad para hacer algo por ti porque realmente lo que das es lo que eres di das amor, eres amor y asumir que tu vida dio gran cambio para ser mejor persona, si tu sirves habrá alguien en la vida que tal vez te ayudé en la vida, aunque se hacen las cosas sin esperar nada a cambio”* (mujer de 46 años, cuñada). *“Que cada que despierte se vea al espejo y que se agradezca por existir y por todo el amor y apoyo que da a su paciente. Que no sienta culpa y que se dé cuenta de lo valioso y fuerte que es a pesar de lo difícil que llegue a ser y que tal vez pueden fallar y que se vale volver a empezar”* (mujer de 31 años hija del paciente). Con base a las respuestas proporcionadas por los participantes se puede confirmar que se cumplió el objetivo del taller: *“Disminuir los niveles de sobrecarga y favorecer su calidad de vida”*.

Capítulo 5. Discusión y conclusión

De acuerdo con los resultados obtenidos durante la intervención cognitivo conductual para disminuir los niveles sobrecarga y favorecer la calidad de vida de cuidadores primarios informales de enfermos crónicos, la edad promedio fue 45 años con una edad mínima de 33 y una máxima de 59 años, estos resultados son semejantes a la investigación de Fernández et al. (2018), ellos arrojan que la edad promedio de su muestra fue de 44 años. En otras investigaciones se ha notado que la edad promedio de los cuidadores era igual o mayor a 50 años (Gonzales et al., 2016) por lo tanto, se podría decir que los cuidadores primarios con el paso del tiempo son más jóvenes.

Torres et al. (2018), en su estudio hablaron sobre los factores de riesgo que predicen la aparición de la sobrecarga en los cuidadores primarios informales. Refiere que estos factores incluyen ser mujer, tener un bajo nivel educativo, vivir con el paciente al que cuidan, tener un gran número de horas dedicadas al cuidado de su familiar, tener problemas económicos, estar aislado y no haber podido elegir si querían dedicarse al cuidado de su familiar. Lamentablemente en esta investigación no se rescataron todos los datos que se señalan anteriormente, excepto el sexo, en donde la muestra estuvo representada por un 87.5% mujeres y solo un 12.5% hombres.

A pesar de que en esta investigación la totalidad no fueron mujeres, sigue colocándolas en una inequidad social respecto a los hombres en lo que se refiere a las labores de cuidado, ya que por cuestiones de género se les condiciona la libertad de decidir si asumen o no el rol de cuidadoras y por ello renuncian o sacrifican al tiempo que pudieran asignar a actividades de ocio, desarrollo personal y profesional e incluso de autocuidado de la salud (Rosas, 2015).

Una de las principales metas de esta investigación fue disminuir los niveles de sobrecarga de cuidadores primarios informales y como ya se señaló, antes de la intervención hubo una media de 50.75 y después de la intervención la media disminuyó 43.31, estos resultados se asemejan con la investigación de Carrillo et al., 2014, que después de intervención obtuvieron una media de 47.222.

En la investigación de García, et al., 2017, los cuidadores primarios estudiados presentaron nivel severo en el pre test, con una puntuación promedio de 74.3 indicando muy altos niveles de sobrecarga a diferencia de esta investigación y al aplicar la terapia cognitivo conductual hubo una disminución de sobrecarga en la que se obtuvo con una significancia de $p=.000$. Esto puede ser porque se le otorgaron 8 sesiones con duración de una hora a la semana de forma individual durante dos meses, consistentes en técnicas de afrontamiento, soporte, estrategias cognitivas y habilidades del cuidado al adulto mayor, impartidas por un psicólogo especialista en terapia cognitivo conductual.

En cambio, en la investigación de González et al. (2018), mencionan que en su trabajo no encontraron cambios significativos en los niveles de sobrecarga posterior a su intervención. Es importante mencionar que las intervenciones realizadas por estos autores se enfocaron en técnicas de meditación como atención plena y no en técnicas tanto cognitivas y conductuales como la intervención en este estudio.

En la investigación de Rosas (2015), se compararon dos intervenciones; psicoeducación e intervención cognitivo conductual, se encontró que en la variable sobrecarga no se habían

diferencias estadísticamente significativas en ambas intervenciones. No obstante, al realizar el cálculo del tamaño del efecto se pudo encontrar que el grupo que recibió intervención cognitivo conductual hubo una pequeña disminución.

De ahí la importancia de haber efectuado un programa de intervención cognitivo conductual para disminuir los niveles de sobrecarga en los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónicas ya que de acuerdo con Camacho y Galán (2015), es importante aplicar estrategias de intervención psicológica, como son el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva y psicoeducación, que ayudan a disminuir el impacto físico y emocional sobre el cuidador. Por lo tanto, con los resultados cuantitativos y cualitativos se logra identificar que se cumplió la meta de tratamiento, disminuir los niveles de sobrecarga de cuidadores primarios informales.

En cuanto a la calidad de vida, se encontró que el instrumento de calidad de vida versión familiar en español se ha utilizado solamente para evaluar la calidad de vida de cuidadores, pero no se ha ocupado después de una intervención para comparar el efecto de la misma. Siendo de esta manera, la primera investigación que utiliza el instrumento para determinar si la intervención logró favorecer la calidad de vida después de una intervención cognitivo conductual.

Los resultados antes de la intervención en la dimensión física fue una media de 12.38, DS de 2.94, estos resultados se asemejan a la investigación de Puerto (2015), en la cual obtuvo una media de 12.50 con una desviación estándar de 3.20, estos resultados defieren un poco a los

resultados de Escobar que en su estudio mostró un promedio de puntaje de 15.4 ± 3.6 (Escobar, 2012).

Es importante tomar medidas para promover la salud física de los cuidadores y controlar los factores de riesgo, ya que los síntomas más comunes en el cuidador corresponden al agotamiento, fatiga, dolor y cambios en el sueño; estos síntomas pueden tener efectos nocivos importantes que impactan sobre la salud en general y su calidad de vida (Puerto, 2015).

En cuanto a los resultados de la preevaluación de la dimensión psicológica fue una media de 30.63, DS de 6.69 estos resultados se asemejan de igual manera a la investigación de Puerto (2015), en la cual obtuvo una media de 34.83 con una desviación estándar de 7.20. Se ha contemplado que de todas las dimensiones que se establecen en el concepto de calidad de vida la más afectada es la psicológica ya que muchos cuidadores primarios refieren sufrir estrés, incertidumbre, angustia, ansiedad y otros problemas de salud derivados de la tarea de cuidar. Toda esta sintomatología aumenta la morbilidad de los cuidadores y disminuye su calidad de vida (Carrillo, 2021).

En esta investigación la dimensión que más se favoreció fue la psicológica, puede deberse a que se utilizaron dos sesiones para abordar la dimensión psicológica y se ocuparon técnicas que permiten desarrollar habilidades reflexivas que facilitan al cuidador primario informal debatirse las creencias irracionales que probablemente interfieren en su estado de ánimo y en la consecución de metas, logrando así la disminución del impacto negativo del cuidado, así mismo permiten planear sistemáticamente una solución a problemas experimentados durante el desempeño de sus tareas como cuidador y tomar decisiones efectivas al respecto, lo que posiblemente reduce el

impacto del cuidado en las relaciones interpersonales entre el CPI y el enfermo a cargo (Galvis, et al., 2016).

Los resultados de la pre evaluación de la dimensión social fue una media de 24.38, DS de 3.88 estos resultados se asemejan a la investigación de Escobar, (2012) ya que en su investigación se obtuvo una media de 23.9 ± 6.6 . Es importante hacer uso de estrategias dirigidas a los cuidadores que asisten con la persona en situación de cronicidad como disfrutar el tiempo libre y reunirse con sus familiares para satisfacer las necesidades sociales y promover su calidad de vida (Galvis, et al., 2016).

Respecto a los resultados de la preevaluación de la dimensión espiritual se obtuvo una media de 16.56, DS de 3.61, estos resultados difirieron un poco con la investigación de Puerto, (2015) ya que él obtuvo una media de 21.99 con una desviación estándar de 2.28. La literatura informa que no se conoce la manera como la espiritualidad y la religión se encuentran relacionadas con la salud; sin embargo, prácticas espirituales o religiosas generan actitudes mentales positivas que promueven el bienestar porque disminuyen la ansiedad, la depresión, el enojo, el malestar, el aislamiento, aumentan la capacidad para disfrutar la vida y sentimientos como la esperanza, optimismo, la satisfacción con la vida y sensación de paz interior, además es fuente de fortaleza por ello, es importante realizar intervenciones para favorecer la calidad de vida (Galvis, et al., 2016).

Por otro lado, se comprueba lo que mencionaba Boele, et al., (2013) que la terapia cognitivo conductual y sus diversas técnicas muestran efectividad con pocas sesiones ya que promueve la

adquisición de conductas instrumentales y cognitivas. Y al seguir las recomendaciones de González et al. (2018), de realizar intervenciones en otros formatos, como en línea o a través de aplicaciones en el celular, debido a que los cuidadores no siempre tienen la disponibilidad, la energía o se no encontrarán en las condiciones óptimas para presentarse a intervenciones presenciales se comprueba la eficacia de una intervención en línea.

Limitaciones y mejoras a futuras

Algunas limitaciones que se encontraron al elaborar este manuscrito fue que el diseño de preprueba-postprueba se llevó solamente con un grupo, por lo que se sugiere que al replicar se agregar un grupo control, para tener mayor certeza metodológica sobre los resultados. De igual manera, por la limitación del tiempo este estudio no llevó a cabo un seguimiento para identificar si los resultados de la post evaluación se mantuvieron o se modificaron.

Por otra parte, la poca disponibilidad de información en estudios del instrumento de calidad de vida versión español después de una intervención limitó ampliar la discusión, por lo que se sugiere ocupar el instrumento después de una intervención y comprobar los resultados con esta investigación.

Se recomienda seguir con esta línea de investigación, debido a que los Cuidadores Primarios Informales son una parte esencial para nuestra población y es necesario su bienestar para poder disminuir gastos en el sistema de salud y evitar un aumento en el número de pacientes, ya que un cuidador con sobrecarga se puede convertir en el siguiente enfermo al que hay que cuidar

(Carrillo, 2021). Sin embargo, es importante tener presente que los resultados que se obtuvieron pueden variar en función de la enfermedad crónica que tenga el paciente, el tiempo que lleva el cuidador cuidando, así como las actividades que realizar el cuidador o alguna otra variable..

Conclusiones

A pesar de haber encontrado algunas limitaciones, no se puede dejar de lado la importancia de esta investigación. El poder identificar el tipo de intervención necesaria para lograr efectos positivos que sean estadísticamente significativos, ayuda a conocer a futuro el tipo de intervenciones aplicables y efectivas para este tipo de población en específico. De ahí que la mayor aportación de la presente investigación fue haber diseñado una intervención que promueve cambios benéficos en cuidadores primarios informales de enfermos crónicos.

Por otro lado, el valor práctico que tuvo este trabajo fue favorecer la calidad de vida y disminuir niveles de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes, con técnicas cognitivo conductual en línea, corroborando la importancia de implementar intervenciones psicológicas encaminadas a mejorar las condiciones de los cuidadores ya que son una población altamente vulnerable para desarrollar enfermedades físicas y trastornos psicológicos. Esto podrá ayudar a los profesionales de la salud mental a tomar decisiones para mejorar la calidad de vida de esta población.

Finalmente, con base a la información proporcionada en el análisis cualitativo puede determinarse sobre qué aspectos se deben intervenir o profundizar más, así como las técnicas ayudaron aminorar el impacto de dichas afectaciones. Este estudio logró demostrar un tipo de

intervención necesaria para mejorar los niveles de sobrecarga de los cuidadores y, por lo tanto, se puede tomar en consideración para futuras investigaciones y permite replicar la intervención utilizando las cartas descriptivas que se encuentran en el anexo 1.

Referencias

- Acero, P., Cabas, K., Caycedo, C., Figueroa, P., Patrick, G. & Rudas, M. (2020). Telepsicología: sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable. [https://ascofapsi.org.co/pdf/Libros/Tele psicologia_web.pdf](https://ascofapsi.org.co/pdf/Libros/Tele%20psicologia_web.pdf)
- Adelman, R., Tmanura, C., Delgado, D., Dion, S., Lachs, M. (2014). Carga del cuidador: una revisión clínica, 311(10), 1052-59. DOI: 10.1001/JAMA.2014.
- Álvarez, L., González, M. y Muñoz, P. (2008). El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. Gaceta Sanitaria, 22(0), 618-619. <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v22n6/carta1.pdf>
- Argüero, A., Aguirre, D., Espinosa, I., Girón, M., Reynoso, O., y Sierra, M. (2021). Impacto de la telepsicología en la satisfacción de la atención a pacientes con Covid-19. Psicología Iberoamericana, 29(3). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133968747007>
- Ávila, T. y Vergara, M. (2014). Calidad de Vida de Cuidadores Informales de Enfermos Crónicos, 14(3), 417-29.
- Bachero, C. y Cervera, G. (2017). Abordaje de la fibrosis quística desde la consulta de enfermería. Caso clínico.

Barrera O., Carrillo G., Chaparro D., Sánchez H., Vargas R. y Patricia C. (2015). Validez de constructo y confiabilidad del instrumento calidad de vida versión familiar en español, 14(37), 227-238. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100013&lng=es&tlng=es

Barrera, O., Pinto, F., Sánchez, H., Carrillo, G. y Chaparro, D. (2010). Cuidado a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica. Universidad Nacional de Colombia: Bogotá.

Bello, J. (2014). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Instituto Mexicano del Seguro social, 66 (1), 1-36.

Boele, F., Douw, L., de Groot, M., Thuijl, H., Cleijne, W., Heimans, J., y Klein, M. (2013). El efecto del modafinilo sobre la fatiga, el funcionamiento cognitivo, y el estado de ánimo en pacientes con tumor cerebral primario: un ensayo controlado aleatorio multicéntrico, 15(10), 1420-1428.

Calbay, C. y Belissa, D. (2021). Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores primarios informales de los pacientes con enfermedad crónica del servicio de PADOMI – CAP III Metropolitano (Proyecto De Investigación, de Segunda Especialidad Profesional) Universidad Nacional De Trujillo Facultad De Medicina. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/18195>

Cantillo, M., Perdomo, R., y Ramírez, P. (2021). Capacidad de cuidado, sobrecarga percibida y calidad de vida del cuidador de diálisis, 24 (2), 184-193. <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842021017>

Carrillo, G., Chaparro, D. y Sánchez, H. (2014). Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región amazónica de Colombia. Universidad Pontificia Bolivariana, 33(1), 26-37.

Carrillo, M., Reyes, E. y Chávez, M. (julio 2021). Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores de niños con cáncer. Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud, (12)2.

Cesarez, L., Montoya, F. Elizondo, R. Arizpe, C. (2020). Efecto de la Imaginación Guiada en la reducción de la ansiedad dental y dolor ante cirugía de terceros molares. Número 45. Alternativas psicológicas. Universidad de Monterrey.

Chávez, R., López, E., Arias, R., Jiménez, S., Ramírez, G. y Ledezma R, (2019). Calidad de vida en cuidadores de pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en Centro de Salud Benito Juárez, Hidalgo. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 8(9),165-8.

De la Rosa, A. (2021). Telepsicología: beneficios en el proceso de intervención y consideraciones éticas. *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 3(1), 32-38. <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.3.1.2021.370.32-38>

Delgado, Q., Barajas, G., Uriostegui, E. y López, L. (2016). Sobrecarga y percepción de la calidad de vida relacionada con el cuidador primario del paciente hemodializado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(4), 1-9.

Díaz, N., Soto, H., y Ortega, G. (2016). Terapias cognitivas y psicología basada en la evidencia. Su especificidad en el mundo infantil. *Revista electrónica de estudiantes*, 11(1), 19-38.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/24074/24202>

Duque, S. Y., y Díaz, A. (2016). Estrategias gerenciales para la promoción de la comunicación asertiva en el mejoramiento de las relaciones interpersonales de los docentes de la E “Rafael Álvarez” del municipio cárdenas estado Táchira. <http://ciegc.org.ve/2015/wp-content/uploads/2016/07/MEMORIAS-XINTERCAMBIO.pdf>

Escobar, C. (2012). Percepción de la calidad de vida de los cuidadores familiares de adultos con cáncer. *Invest Educ Enferm*, 30(3), 320-329.

Feldberg, C., Tartaglino, M., Clemente, M., Petracca, G., Cáceres, F., y Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Rev. De Neurología Argentina*, 3 (1), 11- 17.

- Fernández, C., Sotelo, Q., García, F., Campos, R., y Mercado, I., (2018). Intervención basada en el modelo de solución de problemas para cuidadores de enfermos renales crónicos. *Psicología y Salud*, 28(2), 251-259. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2561>
- Flores, p., Cárdenas. L., Duran, B., Rosa Gómez., (2014). Psicoterapia vía internet: aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 7-15.
- Galvis, L., Aponte, G., y Pinzón, R. (2016). Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia. *Aquichan*, 16(1), 104-115. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.1.11
- García, C., Zapata V. Rivas A y Quevedo, T. (2017). Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores, 17 (2). 10.19136/hs.a17n2.2039
- Gillian, S. (2018). *Terapia Cognitivo Conductual Fácil: 10 Estrategias Para Manejar La Depresión; La Ansiedad Y El Estrés*. Editorial Sirio. https://books.google.com.mx/books?id=--_0DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Gómez, R., Guevara, R., Castaño, R. y Achury, M. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con dependencia parcial. *Investigación en*

Enfermería: Imagen y Desarrollo, 13 (1), 27-46.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145221282007>

González, F., Bastida, L., Martín, C., Domínguez, P. y Irui, S. (2018). Efectividad de una intervención psicoeducativa en la reducción de la sobrecarga del cuidador informal del paciente con esquizofrenia (EDUCA-III-OSA). *Psychosocial Intervention*, 27(3), 113-121. <https://dx.doi.org/10.5093/pi2018a20>

Hernández, N. 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=VMebegvSm-&sig=xMJ7X6mmZ4oyjphLMbRZmN3mBAs#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20conductual%20fundamentos%20teoricos&f=false

Instituto Mexicano del Seguro Social (Diciembre, 2015). Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. México. Recuperada de <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

Kim, H., Chang, M., Rose, K. y Kim, S. (2012). Predictores de la sobrecarga del cuidador en cuidadores de personas con demencia, 68(4):846-55.

Laguado, J. (2019). Perfil del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica: una revisión de la literatura. *Enferm Nefrol*, 22(4), 352- 59.

- López, C. (2017). Terapia Cognitivo Conductual para mejorar la sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia, desde una perspectiva de género (Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria). Universidad Miguel Hernández.
- Martínez, B., Lozano, A., Rodríguez, V., Galindo, V., y Alvarado, A. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 3(1), 53-58.
<https://www.researchgate.net/publication/285579901>
- Martin, R. (2012). Actualización en modelos y técnicas de intervención psicoterapéutica.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibudlimasp/reader.action?docID=5809648&query=terapia+cognitivo+conductual+>
- Martos, A., Cardilla, F., Barragán, A., Pérez, F., Molero, M. y Gázquez J. (2015). Instrumentos para la evaluación de la sobrecarga del cuidador familiar de personas con demencia. *Health, Psychology and Education*, 5(2), 281-292.
- Mera, C. (2015). Los trabajos más relevantes de la historia de la psicología en el siglo XXI. (Tesis de maestría) Universidad de Cádiz, Puerto Real, España.
- Mesa, G., Ramos, C. y Redolat, R. (2017). Cuidado de pacientes oncológicos: una revisión sobre el impacto de la situación de estrés crónico y su relación con la personalidad del cuidador

y otras variables moduladoras. *Psicooncología*, 14 (1), 93-106.
<http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.55814>

Molero, M., Pérez, F. y Gázquez, J. (2016). Cuidadores familiares, no profesionales o informales: Revisión de la terminología en publicaciones científicas. *Rev. Fac. Cienc. Salud UDES*, 3(1), 68-76. <http://dx.doi.org/10.20320/rfcsudes.v3i1.109>

Montalvo, P., Alvarez, B., Peluffo, M. y Peroza, B. (2018). Apoyo social que reciben los cuidadores familiares principales de niños con cáncer en dos instituciones de salud de la ciudad de Cartagena. Universidad de Cartagena facultad de enfermería Cartagena.

Moreno, G., Salazar, M. y Tejada, T. (2018). Experiencia de cuidadores familiares de mujeres con cáncer de mama: Una revisión integradora.

Obando, L., y Parrado, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista iberoamericana de psicología*, 8(1), 51-61.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5295907>

Organización Mundial de la Salud (2018). Estadísticas sanitarias mundiales 2018: seguimiento de la salud para los ODS, objetivos de desarrollo sostenible [Internet].

Ginebra: Organización Mundial de la Salud;

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf>

- Oviedo, C. y Rivas, C. (2013). Calidad de vida del cuidador familiar del paciente con enfermedad renal crónica terminal, 16(4).
- Pardo, X., Cárdenas, S. y Venegas, J. M. (2015). Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 67-86.
- Pérez, L. y Moreyra, J. (2017). El quehacer del profesional de la psicología de la salud: Definiciones y Objetivos. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 3(2), 136-155. :<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.3.2.2017.81.136-155>.
- Puerto, (2015). Calidad de vida en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Revista Cuidarte*, 6(2), 1029-1040. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359540742003>
- Ramírez, P., Salazar, P. y Perdomo, R. (2017). Calidad de vida de cuidadores de personas con secuelas de trastornos neurológicos. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*, 45, 9-16.
- Reyes, J. y González, R. (2016). Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizado. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. *Escritos de Psicología*, 9 (1), 15-23.
- Rivera, L., López, L. y Zavala, J. (2014). Espiritualidad, psicología y salud. *Psicología y Salud*, 24(1), 139–152.

- Rodríguez, G., Rodríguez, M., Duarte, P., Díaz, S., Barbosa, A., Clavería, A. y Grupo Zarit (2016). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadores informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes, 49(3), 156-165. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006>
- Rosas, S. (2015, Julio). Efectos de la Psicoeducación y la Terapia Cognitivo Conductual sobre los índices de sobrecarga percibida, afrontamiento y sintomatología asociada al estrés en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos (Tesis doctoral). Universidad Veracruzana Instituto de Investigaciones Psicológicas.
- Ruiz, F., Díaz, G. y Villalobos, C. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibudlimasp/reader.action?docID=3206538&query=terapia+cognitivo+conductual>
- Ruiz, J., y Ruiz, I. (2018). Psicoterapia analítica funcional de grupo. https://books.google.com.pe/books?id=MO1jDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Salazar, P., Ramírez, P., y Perdomo, R. (2017). Calidad de vida de cuidadores de personas con secuelas de trastornos neurológicos. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*, 45:9-16.

- Santos, F., Guimares, F., Olivera, F., Barichello, E. Silva P, Barbosa, H. (2018). Terapia de relajación con imagen guiada en relación a la ansiedad preoperatoria: ensayo clínico aleatorizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26:3101. 10.1590/1518-8345.2850.3101
- Serra, V. (2016). Las enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada actual ante el reto. *Revista Finlay*, 6(2). <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/418>
- Serrano, B., Angarita, V., Fontecha, S. y Casadiedgos R. (2018). Sobrecarga en cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica no trasmisible: Revisión sistemática de literatura. Universidad Cooperativa de Colombia Sede Bucaramanga Facultad de Enfermería.
- Torre, M. y Pardo, R. (2018). Guía para la intervención Telepsicológica. España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Torres, A., Agudelo, C., Pulgarin, T. y Berbesi, F. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. *Medellín*, 2017, 20(3), 261-269. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.130>
- Uribe, V. y Lagoueyte, G. (2014). "Estar ahí", significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. 32(2), 261-270. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46230>.

Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud. Comercial Grupo Anaya, 4ta Edición. Pirámide.

<https://books.google.es/books?id=0ORWEAAAQBAJ&lpg=PT2&ots=ggYaE9VBJe&dq=PSICOLOGIA%20DE%20LA%20SALUD&lr&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>

Vernon A., y Doyle, K. (2017). Terapias conductuales cognitivas: una guía para profesionales. New York, USA.

Vicente, R., Medina, R., Rodríguez, M., Carranza, A., Vázquez, O. y Manjarrez I. (2022). Acompañamiento psicosocial en cuidadores primarios informales: Mindfulness, calidad de vida y apoyo social a distancia. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*. 8(1).

Villaroel, Z., González R., (2015). Intervención Cognitivo-Conductual y centrada en soluciones para disminuir el estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 18(4).

WHO Quality of Life Assessment Group. (1994). ¿Qué es la calidad de vida? Foro mundial de la salud 1996; 17(4), 385-387 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>

Zambrano, D. y Guerra, M. (2012). Formación del cuidador informal: Relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. *Aquichán*, 12(3), 241-251.

Zapata, M. (2018). Nivel de calidad de vida de familiares cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas del pueblo joven san lorenzo i sector- 2017. (Tesis doctoral). Facultad de ciencias de la salud escuela académico profesional de enfermería. Gestión, Seguridad y Calidad del Cuidado.

Anexos

Anexo 1. Formato de la Escala de Sobrecarga Zarit

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten algunos cuidadores de pacientes psiquiátricos. Después de leer cada afirmación, indique con una "X" la frecuencia con que usted se siente así.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
	0	1	2	3	4
1. ¿Siente usted que su paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente estresada/o al tener que cuidar a su paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej.: con su familia o en el trabajo).	0	1	2	3	4
4. ¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su paciente?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su paciente?	0	1	2	3	4
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	0	1	2	3	4
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su paciente?	0	1	2	3	4
8. ¿Cree que su paciente dependen de usted?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?	0	1	2	3	4
10. ¿Cree que la salud de Usted se ha deteriorado por cuidar a su paciente?	0	1	2	3	4
11. ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar a su paciente?	0	1	2	3	4
12. ¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades al cuidar de su paciente?	0	1	2	3	4
14. ¿Cree que su paciente espera que usted sea la única persona que le cuide, como si nadie más pudiera hacerlo?	0	1	2	3	4
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente y además cubrir otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inició la enfermedad y el cuidado de su paciente?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?	0	1	2	3	4
20. ¿Cree que debería hacer más por su paciente?	0	1	2	3	4
21. ¿Cree que podría cuidar mejor a su paciente?	0	1	2	3	4
22. En resumen, ¿se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su paciente?	0	1	2	3	4

Anexo 2. Calidad de Vida Versión Familiar en español

Instrucciones: Estamos interesados en saber como la experiencia de tener un pariente con Enfermedad Crónica, afecta su calidad de vida. Favor contestar todas las preguntas, basándose en su vida en este momento.

De acuerdo con la pregunta, usted tiene las siguientes opciones de respuesta, al frente de cada número podrá encontrar su significado.

Para las preguntas 1-2-3 y 4

1	Ausencia del problema
2	Algo del problema
3	Problema
4	Muchísimo problema

Para la pregunta 6

1	Muy Fácil
2	Fácil
3	Difícil
4	Muy Difícil

Para las preguntas 5-10-19-28 y 35

1	Sumamente Mala
2	Regular
3	Buena
4	Excelente

Para las preguntas: de la 7 a la 9, de la 11 a la 18, de la 20 a la 27 y de la 29 a la 35

1	Nada
2	Algo
3	Moderado
4	Muchísimo

Por favor marque con una X el número del 1 a 4 que mejor describa sus experiencias.

Bienestar Físico:

Hasta qué punto es un problema para usted, sentir lo siguiente:

1. Agotamiento/cansancio

Ningún Problema	1	2	3	4	Problema Severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

2. Cambios en los hábitos alimenticios

Ningún Problema	1	2	3	4	Problema Severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

3. Dolor

Ningún Problema	1	2	3	4	Problema Severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

4. Cambios en el sueño

Ningún Problema	1	2	3	4	Problema Severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

5. Clasifique su salud física en general

Sumamente Mala	1	2	3	4	Excelente
----------------	---	---	---	---	-----------

Bienestar Psicológico

6. ¿Qué tan difícil es para usted enfrentar/lidiar con su vida como resultado de tener un pariente con enfermedad crónica?

Muy Fácil	1	2	3	4	Muy difícil
-----------	---	---	---	---	-------------

7. ¿Cuánta felicidad siente usted?

Absolutamente Ninguna	1	2	3	4	Muchísima
--------------------------	---	---	---	---	-----------

8. Usted siente que tiene control de las cosas en su vida?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Completamente
------------------------	---	---	---	---	---------------

9. ¿Qué tan satisfecho está con su vida?

Absolutamente Nada	1	2	3	4	Completamente
-----------------------	---	---	---	---	---------------

10. ¿Cómo clasificaría su capacidad actual para concentrarse o recordar cosas?

Sumamente Mala	1	2	3	4	Excelente
-------------------	---	---	---	---	-----------

11. ¿Qué tan útil se siente?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
------------------------	---	---	---	---	-----------

12. ¿Cuánta angustia le causó el diagnóstico inicial de su pariente?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
------------------------	---	---	---	---	-----------

13. ¿Cuánta angustia le causó el tratamiento de su pariente?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
------------------------	---	---	---	---	-----------

14. ¿Cuánta desesperación siente usted?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
------------------------	---	---	---	---	-----------

15. ¿Cuánto decaimiento siente usted?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
------------------------	---	---	---	---	-----------

16. ¿Tiene miedo de que le dé a su familiar otra enfermedad crónica?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
------------------------	---	---	---	---	-----------

17. ¿Tiene miedo de una recaída en su pariente?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
------------------------	---	---	---	---	-----------

18. ¿Tiene miedo de que se propague y avance la enfermedad en su pariente?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
------------------------	---	---	---	---	-----------

19. ¿Clasifique su estado psicológico en general?

Sumamente Malo	1	2	3	4	Excelente
-------------------	---	---	---	---	-----------

Bienestar social:

20. ¿Cuánta angustia le ha ocasionado la enfermedad de su familiar?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

21. ¿El nivel de ayuda que recibe de otras personas es suficiente para satisfacer sus necesidades?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

22. ¿Hasta qué punto la enfermedad y el tratamiento de su pariente han obstaculizado sus relaciones personales?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

23. ¿Hasta qué punto la enfermedad y el tratamiento de su pariente han alterado su vida sexual?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

24. ¿Hasta qué punto la enfermedad y el tratamiento de su pariente han alterado su trabajo?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

25. ¿Hasta qué punto la enfermedad y el tratamiento de su pariente han alterado sus actividades en el hogar?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

26. ¿Qué tan aislado se siente usted a causa de la enfermedad y el tratamiento de su pariente?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

27. ¿Cuánta carga económica le ha ocasionado la enfermedad y el tratamiento de su pariente?

Ninguna	1	2	3	4	Muchísimo
---------	---	---	---	---	-----------

28. Clasifique su estado de sociabilidad en general

Sumamente Malo	1	2	3	4	Excelente
----------------	---	---	---	---	-----------

Bienestar Espiritual

29. ¿El nivel de ayuda que recibe de sus actividades religiosas, tales como ir a la iglesia o al templo, satisface sus necesidades?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

30. ¿EL nivel de ayuda que recibe de sus actividades espirituales personales, tales como meditar u orar, es suficiente para satisfacer sus necesidades?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

31. ¿Cuánta incertidumbre siente usted respecto al futuro de su pariente?

Nada de Incertidumbre	1	2	3	4	Mucha Incertidumbre
-----------------------	---	---	---	---	---------------------

32. ¿Hasta qué punto la enfermedad de su pariente ha causado cambios positivos en su vida?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

33. ¿Usted tiene un propósito para su vida o una razón para vivir?

Nada en lo absoluto	1	2	3	4	Muchísimo
---------------------	---	---	---	---	-----------

34. ¿Cuánta esperanza siente usted?

Nada de Esperanzas	1	2	3	4	Muchas Esperanzas
--------------------	---	---	---	---	-------------------

35. Clasifique su estado espiritual de manera general.

Sumamente Malo	1	2	3	4	Excelente
----------------	---	---	---	---	-----------

Anexo 3. Firma del consentimiento informado

Preguntas

Respuestas

28

Configuración

Consentimiento informado.



Bienvenidos al taller "Cuidándome para cuidar". El objetivo de este taller es ayudar a disminuir los niveles de sobrecarga y favorecer la calidad de vida de cuidadores primarios de enfermos crónicos. Dicha intervención estará a cargo de Cruz María Bustamante Reyes tesista de la licenciatura en Psicología de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, UNAM. El taller es completamente GRATUITO y estará conformado por 7 sesiones, cada una tendrá una duración de hora y media. En la primera y última sesión se contestarán dos instrumentos, uno de ellos evaluará el nivel de sobrecarga y el otro los niveles de calidad de vida.

Las sesiones serán realizadas en línea por medio de la plataforma zoom, dichas sesiones podrán ser grabadas con fines estrictamente académicos y quedaran disponibles en el grupo PRIVADO de Facebook "Cuidándome para cuidar", aclarando que ustedes tienen la libertad de abrir o no la cámara según lo consideren pertinente, así como lo que nos compartan en las mismas.

En todo momento, la responsable del taller guardará estricta confidencialidad de toda la información que hayan brindado en los instrumentos de evaluación, en las sesiones del taller, en el grupo de Facebook y mensajes privados.

Nuevamente agradezco su participación, esperando que este taller será de gran utilidad.

Por lo tanto:

Declaro conocer los términos de este consentimiento informado, el objetivo, las formas de participación, el acceso a la información y resguardo de información que sea producida en el taller. Reconozco que la información que provea en el curso de este taller es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta será usada solo con fines de difusión científica. Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO.

Anexo 4. Cartas descriptivas de la intervención

Sesión:1 Presentación del taller		Tema eje: pre-evaluación y presentación del taller		
Bloque	Objetivo	Actividades	Material	Tiempo
1	Dar la bienvenida al taller y generar rapport.	Dar la bienvenida y realiza una actividad de rompehielo, que consistirá en responder las preguntas: cómo les gusta que les digan, a quién cuida y qué significa cuidar para ellos.	Diapositivas	20 min
2	Presentar el taller.	Presentar el taller titulado, “Cuidándome para cuidar”. Por medio de diapositivas se le dará a conocer a los participantes el objetivo del taller, duración, la temática, fechas de las sesiones, y sugerencias para taller.	Diapositivas	20 min
3	Firma del consentimiento informado.	Se dará lectura del consentimiento y se pedirá que firmen el mismo, para ello, se le enviará el link por el chat de la plataforma.	consentimiento informado	15 min
4	Contestar los instrumentos de evaluación y el registro conductual.	Se explicará la importancia de conocer cómo se encuentran el día de hoy en las dimensiones de su vida y para ello contestarán dos instrumentos: la escala de carga de Zarit y Calidad de vida Familiar de Ferrell y Grant. Se enviará el link por la plataforma y se irá contestando con los participantes. Por medio de diapositivas explicar brevemente qué es la sobrecarga para que puedan	Diapositivas e instrumentos de evaluación	20 min

		hacer un registro sobre el nivel de sobrecarga que presentan en el día y qué es lo que lo genera.		
5	Resolver dudas y recordar la próxima sesión.	Preguntar si tienen dudas. Para cerrar la sesión se les contará la historia del “leñador” y con base a la lectura se reflexionará qué este taller tiene la finalidad de poder afilar nuestra sierra. Se dará la despedida y se recordará la fecha de la próxima sesión.	Diapositivas	15 min

Sesión: 2 “Mi valor como cuidador”		Tema eje: Dimensión espiritual de la calidad de vida		
Bloque	Objetivo	Actividades	Material	Tiempo
1	Dar la bienvenida a la segunda sesión.	Saludar y dar la bienvenida a la sesión “Cuidando mi sentido de vida”.	Diapositivas	5 min
2	Recuperar información sobre que implica ser cuidador.	Se les preguntará a los participantes ¿Qué implica ser un cuidador? Y se reflexionará sobre las respuestas proporcionadas, enfatizando las cualidades de un cuidador.	Diapositivas	15 min

3	Aplicar la técnica de imaginación guiada.	<p>Se les invitará a que cierren los ojos y que puedan relajar su cuerpo, se realizarán dos respiraciones profundas y se les pedirá que se imaginen siendo ellos la persona que cuida, que imaginen qué sienten, qué les duele, que se permitan pasarse del otro lado.</p> <p>Posteriormente, se les dirá que ahora imagen que siendo el enfermo vean que hay alguien que los cuida, que observen qué hace, cómo los cuida y para terminar se les dirá que, si hay algo que le gustaría decirle, o talvez darle un abrazo y que cuando estén listos vayan abriendo los ojos y coloquen un emoticón para saber que ya terminaron.</p> <p>Al finalizar se les preguntará ¿Qué descubrieron de ellos mismo? ¿Esto que sentiste como contribuye a tu sentido de vida? ¿Qué descubriste de la importancia de tu labor como cuidador? Y ¿Cómo se miraba al inicio de la sesión? ¿algo cambio?</p>	Diapositiva	40 min
4	Aplicación de ejercicios para reforzar el tema.	<p>Pedir a los participantes, que se dibujen en el centro de una hoja de su libreta y escriban a su alrededor sus cualidades o habilidades.</p> <p>Pedir a los participantes que en otra hoja de su libreta ahora dibujen a la persona que cuidan y a su alrededor escriban las cosas más bonitas que tiene la persona a quien cuida. Al terminar se les pedirá algunos participantes que</p>	Diapositiva Libreta Lápiz	15 min

		<p>compartan el trabajo que realizaron.</p> <p>Hacer una reflexión con base a lo que compartieron, recatando que posiblemente su sentido de vida puede ser, ser cuidador hoy.</p>		
5	<p>Resolver dudas y explicar la tarea.</p>	<p>Preguntar si tienen dudas o comentarios.</p> <p>Dejar de tarea escuchar un audio titulado “La caída de una hoja llamada Freddie” de Leo Buscaglia, se les explicará que este audio. Al terminar de escucharlo responderán las siguientes preguntas:</p> <p>-¿Qué piensas al terminar de escuchar la historia de la caída de una hoja llamada Freddie?</p> <p>-¿Qué te hizo sentir?</p> <p>Recordar que, por las noches, la encargada del taller les mandará un mensaje personal para preguntas por la frecuencia de sobrecarga que presentaron en el día.</p> <p>Despedida y recordatorio de la próxima sesión</p>	<p>Diapositivas</p>	<p>15 min</p>

Sesión: 3. “Cuidando mi mente”		Tema eje: Dimensión psicológica de la calidad de vida.		
Bloque	Objetivo	Actividades	Material	Tiempo
1	Dar la bienvenida a la tercera sesión, revisar tarea.	Dar la bienvenida a la sesión 3. Realizar una actividad de rompehielos, la cual consistirá en ver la imagen y decir el color de los colores no el nombre de estos. Se revisará la tarea, preguntando ¿qué pensaron al terminar de escuchar la historia de la caída de una hoja llamada Freddie? Y ¿Qué les hizo sentir?	Diapositivas	15 min
2	Explicar la dimensión psicológica. Explicar la técnica de reestructuración modelo ABCD.	Se explicará brevemente que la dimensión psicológica contempla los pensamientos, las emociones y conductas y estos como se relacionan. Se les proporcionará algunos ejemplos. Explicar brevemente la técnica de reestructuración cognitiva específicamente el modelo ABCD, donde A significa situaciones que provocan sobrecarga B, pensamientos, C lo sentimientos que se presentan y D los posibles pensamientos alternos. Se presentarán algunos ejemplos de situaciones sencillas como: Si alguien no te saluda. Si no te dan un trabajo Si alguien no llega a una cita.	Diapositivas	25 min
3	Aplicación de la técnica para	Pedir a los participantes que seleccionen 1 situaciones que les genera sobrecarga y la describan.	Diapositivas Libreta	35 min

	reforzar el tema.	<p>Pedir que anoten las ideas que les vienen a la mente en esa situación.</p> <p>Pedir que escriban ¿Cómo los hace sentir esas ideas?</p> <p>Preguntar ¿Creen que en esta situación podemos pensar de otra manera?</p> <p>Breve reflexión sobre lo que se realizó.</p>	Lápiz	
4	Resolver dudas y explicar la tarea	<p>Preguntar si tienen dudas o comentarios.</p> <p>Se les dejará que tarea que rellenen el autoregistro ABCD, pidiéndoles que durante estos días logren estar muy al pendiente de sus pensamientos, conductas y emociones, para poder realizar un mejor registro.</p>	Diapositivas	15 min

CARTA DESCRIPTIVA

Sesión: 4 Cuidando mi mente		Tema eje: Dimensión psicológica de la calidad de vida		
Bloque	Objetivo	Actividades	Material	Tiempo
1	Dar la bienvenida a la cuarta sesión, revisar tarea y recodar la sesión anterior.	Dar la bienvenida a la sesión 4. Preguntar cómo les fue con la tarea, los aciertos y desaciertos que tuvieron si lograron identificar los pensamientos, que causaban emociones y conductas Se dará un repaso de la tercera sesión. Se hará una lista de los pensamientos alternos que podemos tener ante diferentes situaciones, los participantes lo anotaran en su libreta.	Diapositivas	15 min
2	Explicar la técnica de solución de problemas	Exponer qué es la técnica de solución de problemas y los pasos para poder llevarla a cabo. Presentar algunos ejemplos de la técnica de solución de problemas. Construir juntos un ejemplo de la técnica.	Diapositivas Libreta Lápiz	20 min
3	Aplicación de la técnica para reforzar el tema.	Se realizarán equipos de 4 o 5 integrantes, se les asignará algún problema y ellos tendrá que aplicar la técnica de solución de problemas. Al finalizar cada equipo presentará lo que realizó.	Diapositivas Libreta Lápiz	30 min

		Reflexionar sobre la importancia de la técnica y sus beneficios.		
4	Explicar la comunicación asertiva.	Se explicará brevemente qué es la comunicación asertiva. Se le proporcionará algunos ejemplos de lo que es una comunicación asertiva, agresiva y pasiva en el rol de cuidador. Se enfatizará en la importancia de aprender a decir no y poner límites a las personas que cuidamos.	Diapositivas	15 min
5	Resolver dudas y explicar la tarea	Preguntar si tienen dudas o algún comentario. Dejar de tarea aplicar la técnica de solución de problemas, así mismo se les recordará que sigan practicando las otras técnicas vistas. Despedida y recordatorio de la próxima sesión.	Diapositivas	10 min

CARTA DESCRIPTIVA

Sesión: 5 “Cuidando mi cuerpo”		Tema eje: Dimensión física de la calidad de vida.		
Bloque	Objetivo	Actividades	Material	Tiempo
1	Dar la bienvenida a la quinta sesión, revisar tarea.	Saludar y dar la bienvenida a la sesión “Cuidando mi mente”. Preguntar cómo les fue con la tarea, si se les dificultó, les gustó, cómo se sintieron al aplicar la técnica.	Diapositivas	15 min
2	Reflexionar sobre la importancia de cuidar nuestra salud.	Explicar que sucede con nuestro cuerpo cuando nos sobrecargamos. Pedir qué en un minuto escriban en su libreta la respuesta a la siguiente pregunta ¿Cómo cuidas tu salud? Explicar cómo cuidar nuestra salud mediante una alimentación equilibrada, hacer ejercicio diario, así como satisfacer las necesidades de descanso y sueño.	Diapositivas	25 min
3	Aplicación de la técnica para reforzar el tema.	Explicar la técnica de respiración y relajación y practicarlos.	Diapositivas	35 min
4	Resolver dudas y explicar la tarea	Preguntar si tienen alguna duda o comentario. Dejar de tarea escuchar un audio que se les enviará con el objetivo de que practiquen la respiración progresiva. Explicar que	Diapositivas	15 min

		esta tarea la realicen en un momento en dónde puedan concentrarse, estar solos y puedan acostarse. Despedida y recordatorio de la próxima sesión.		
--	--	--	--	--

Sesión: 6 “No estoy solo” Cuidando mis relaciones.		Tema eje: Dimensión social de la calidad de vida		
Bloque	Objetivo	Actividades	Material	Tiempo
1	Dar la bienvenida a la sesión 6 y revisar la tarea.	Saludar y dar la bienvenida a la sesión 6. Preguntar cómo les fue con la tarea, si se les dificultó, les gustó, cómo se sintieron al aplicarla.	Diapositivas	15 min
2	Explicar la importancia de las redes de apoyo.	Presentar video “No te rindas, no estás solo”. Reflexionar sobre el video por medio de las siguientes preguntas ¿Qué vieron? ¿Cómo se sintieron? ¿Qué les hace pensar? y Se explicará la importancia de las redes de apoyo que se debe de tener como cuidador.	Diapositivas	20 min
3	Aplicación de la técnica para reforzar el tema.	Pedir que escriban en su libreta una lista de personas que pueden ser parte de su red de apoyo. Posteriormente a esa misma lista le agregaran la relación que tienen con la persona que escribieron y en qué necesidad o problema que lo podrían apoyar. Pedir que realicen otra lista, pero ahora de instituciones de apoyo, escribieran la institución, el nombre de la persona encargada, la necesidad o problema en que los pueden ayudar.	Diapositivas Libreta Lápiz	25 min

		Reflexionar, que no estamos solos y que importante fortalecer las redes de apoyos.		
4	Explicar la importancia de la administración de tiempo.	Explicar la importancia de las actividades de recreación en nuestras vidas, así como la efectividad que tiene realizar una planificación de nuestro día en donde contemplemos hacer cosas que nos gustar, es importante ser realista, delegar tareas, y así mismo poner límites para poder lograrlo. Por lo que primero es necesario escribir o tener presente todas las actividades que me agradan hacer, y después ir planificándola en que día puedo realizarlas.		20 min
5	Resolver dudas y explicar la tarea	Preguntar si tienen dudas o algún comentario. De tarea trataran de cumplir el mayor número de actividades de su agrado, así mismo se les recordará que sigan practicando las otras técnicas vistas. Despedida y recordatorio de la próxima sesión	Diapositivas	10 min

Sesión: 7 Cierre		Tema eje: Post-evaluación		
Bloque	Objetivo	Actividades	Material	Tiempo
1	Dar la bienvenida a la última sesión, revisar tarea.	Saludar y dar la bienvenida a la última sesión del taller. Preguntar cómo les fue con la tarea, si se les llegó a presentar algún problema y si pudieron realizar el compromiso que realizaron.	Diapositivas	15 min
2	Resumen de los temas revisados	Se realizará una breve explicación de todas las sesiones anteriores.	Diapositivas	25 min
3	Contestar los instrumentos.	Se les pedirá a participantes contestar los instrumentos de evaluación que contestaron en la primera sesión, se les mandará el link por la plataforma. Contestar las siguientes preguntas en su libreta Del número del 1 al 10 ¿Qué tan sobre cargado te sentías, antes de iniciar el taller? ¿Qué significa ese número? ¿y hoy en qué nivel estas? ¿Qué se siente vivirse en ese nivel? ¿A qué nivel te gustaría llegar? ¿Cómo sería vivirse para llegar a ese nivel? ¿Qué podrías hacer para llegar a ese nivel? ¿Qué te ayudó a pasar del número que estabas al inicio, al número de ahora?	Instrumentos de evaluación Diapositivas Libreta Lápiz	30 min

		Si usted fuera un experto cuidador y diera conferencias a los que apenas inician ¿Qué les aconsejaría o les diría?		
4	Cierre y agradecimiento del taller.	<p>Leer el decálogo de los cuidadores.</p> <p>Felicitar a los participantes porque en este tiempo afilaron su hacha y se les entregará un reconocimiento por su participación.</p> <p>Preguntar si tiene dudas o algún comentario.</p> <p>Dar las gracias por la participación en el taller y despedirse de los participantes.</p>	Diapositivas Diplomas	20 min

Fotos de las respuestas de los participantes a las preguntas de escala

1. A. B

2. Mucha responsabilidad, demasiada sobre carga de trabajo manteniendo un nivel de estrés muy alto por lo consiguiente se rebatían a sus emociones como enojo, depresión etc.

3. 5

4. Con una mayor tranquilidad, más relajado con mayor entendimiento para no cejarme y poder disminuir mis ideas con mayor claridad.

5. al 3

6. Con mayor (claridad) calidad de vida para de esta manera poder tener más tanto física como emocionalmente y poder ayudar más a mi familia brindándole más atención

7. tomar los problemas de diferente manera apoyarme en otras personas para no sentirme tan agobiado

8. El taller que nos dió en línea, nos dió mayor claridad para decirnos con mayor entendimiento los problemas que se nos presentan como cuidadores, también nos

Pregunta 1 ----- 10

Pregunta 2 ----- Significa mucha sobrecarga - ganas llorar - calor de malas - Sentir culpa mucha culpa - Otras emoción

Pregunta 3 ----- 4

Pregunta 4 ----- Ya no me siento sola - Cuento con un red de apoyo - Mas tranquilidad - Sin tanta culpa

Pregunta 5 ----- minimo ① 10

Pregunta 6 ----- Mucha tranquilidad y un cero culpas - Con mas opciones - Con muchas soluciones alternas

Pregunta 7 ----- Practicar mi tolerancia y empezar por mi a trabajar por cuidarme y apoyar a mi paciente - Ya no sentir culpa y aprender a delegar sin culpas

Pregunta 8 -----

- Contar con una red de apoyo y darme cuenta que no soy la única que está en la misma situación que yo y que puedo con eso y más
- Darme mas tiempo q mi sin darme cuenta que no lo merezco

Pregunta 9 -----

Que cada que despierto se vea al espejo y que se agradezca por existir y por todo el amor y apoyo que da a su paciente

- Que no sienta culpa y que se de cuenta de lo valioso y fuerte que es a pesar de la difícil que lleve a ser y que tal vez pueden fallar y que se ude volver a empezar

* Del numero 1 a 10 ¿Que tan sobre cargado sentias, antes de iniciar el taller? 10 estaba muy cargada de ira y culpa

2. ¿Que significa ese numero? Como me siento porque me sentia sola angustiada y batallando con mi salud tambien

3. Del numero 1 a 10 ¿hoj en que nivel estas? un 2 al tres

4. ¿Que se siente vivir en ese nivel? me amargado a mi salud y mi estres y me estoy dando una hora diaria para mi llegar?

5. ¿A que nivel te gustaria llegar? al numero uno para hacer las cosas con amor y paciencia

6. ¿Cómo sería vivirse para llegar a ese nivel? estar afilando diaria mi acha y tener salud mental dándole otro enfoque que da situación que estamos viviendo

7. ¿Que podrias hacer para llegar a ese nivel? Dandome prioridad a mi misma para poder dar lo mejor de mi con respeto y amor porque sino das las cosas con amor no resulta pesada las cosas - Te perne paciencia a mi misma - por que mereces

8. ¿Que te ayudo a pasar del numero que estabas al inicio, al numero de ahora? Las Dinamicas

Que compartiste Me encanta una en especial cuando yo me puse en el lugar de mi paciente y ella en el mio y la del martillo y la seta acha bueno

Norma Todas

Respuestas

1. 8-7

2. Julio vende empleo el taller mi mamá gozaba de buena salud cesó de trabajar y me sentía en un estado cansado y agotado. Decía que tenía cansancio crónico

3. 4-5. Aprenda a delegar y que me merezca un pago por mi

4. Poco no está mal pero eso que puede mejorar

5. Al 1 o 2.

6. Ideal, tranquilidad paz

7. Ser más paciente y cuidadosa con mis pensamientos

8. Escuchar las experiencias de otros compañeros recordar lo que ya sé, como las técnicas de relajación etc

9. Si usted fuera un experto cuidador y diera conferencias a los que apenas inician en el rol de cuidador ¿Qué le aconsejarías o les dirías?

Que es una gran oportunidad para hacer algo por lo que realmente lo que das es lo que eres si das amor eres amor y asumir que tu vida dio gran cambio

Para ser mejor persona si tu sirves habra al bien en la vida que talves ~~sea~~ te ayude a ti en la vida

Se hacen las cosas sin esperar nada a cambio

1.- 10

2.- cansancio, mucho agotamiento

3.- 9

4.- más adaptada a mi situación

5.- 8

6.- haber mejorado mi gestión de emociones

7.- organizarme mejor aprender ser más ágil en mi toma de decisiones

8.- gestionar mejor mis tiempos y respetar mis acuerdos, ver que mi comunicación con los doctores es más asertiva

9.- es importante el cuidado del cuidador, ser paciente con uno mismo.

diste herramientas para poder manejarlas de una forma adecuada

7. - Que estamos a la vida nos pasa ante un desafío muy grande, pero la vida así es llena de desafíos y hay que aprender a resolverlos de una manera positiva. Hoy en día hay mucha información por las redes y es así como podemos buscar redes de apoyo y saber que no estamos solos, en los cuales nos pueden dar tips para aprender a resolver los problemas

Buscar asesoramiento y ayuda de otras personas tratar de mantener una actitud positiva, difícil pero no imposible

Hay también instituciones que nos pueden ayudar a brindarles una mayor calidad de vida.

y sobre todo es uno de los actos más amorosos que como personas podemos hacer.