



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA

Intervención en procesos cognitivos y estados de ánimo en  
cuidadoras primarias informales de pacientes

hemodializados

TESIS

Para obtener el grado de Maestro en Psicología

PRESENTA:

Luis Ulises Yafté Miranda Salgado

Directora de tesis:

Dra. Elizabeth Aveleyra Ojeda

Comité tutorial:

Dra. Deni Stincer Gómez

Dra. María Esther Gómez Pérez

Mtra. Maribel de la Cruz Gama

Mtra. Nayeli Yetlanezi Salazar Flores

Junio 2024

Para Julia y Rita

“Preocuparse por los demás, correr el riesgo de sentir, y dejar un impacto en la gente, trae la  
felicidad”

“Solo hay una regla de oro, uno debe siempre escuchar al paciente”

Oliver Sacks

## **Agradecimientos**

A la vida, por poner en mi andar a personas correctas e incorrectas que me llegaron a mostrar este bello camino académico y profesional. A mis padres Luis y Eli, quienes agradezco todo lo han hecho por mí, todo lo que han trabajado y su esfuerzo por enseñarme a luchar por mis sueños; por sus pláticas, discusiones y consejos; por exigirme a ser mejor siempre sin descuidar mi ética y los buenos valores de la familia, la lealtad y el amor al prójimo. A mis hermanos Beto y Naomi, quienes han sido mis mejores amigos y han celebrado conmigo premios y han acompañado mis derrotas con risas y llanto, mis cómplices en todo lo que he hecho y me han enseñado a ser un hermano mayor. A mis abuelos maternos (Carmen y Rita), que con su vida y muerte me reafirmaron quien soy y quien debo ser; a Mima por enseñarme la superación personal buscar ser el mejor: “en lo que sea pero el mejor”; a Pacho, por tantas enseñanzas, tantas pláticas, tanto apoyo y tanto amor en ti para mí; Arctica y Macarena, quienes me acompañan en mi soledad, en mis noches de desvelo y caminatas largas, ayudándome a pensar y escribir. A Flash que me recuerda que no importa lo que hagas o donde estes siempre debes observar a las personas y tratar de ayudarlas. A mis tíos “los Miranditas”, pues siempre que me he acercado con cada uno, me dan el tiempo, escucha y cariño para enfrentar mis problemas o tomar decisiones con algún consejo suyo. Al chino por todas las veces que ha estado al pendiente de mí y sin saberlo me ayuda a seguir adelante. A David, Christian y Aris con quienes comparto el amor por la psicológica y en nuestra amistad siempre se ha recalcado el esfuerzo y la lucha por lo que me falta por conseguir. A la Dra. Aveleyra, mi ejemplo a seguir en el ámbito clínico y de investigación, mi mamá de profesión, quien me rescato de la incertidumbre y me puse en el camino correcto, se ha preocupado por mí, me ha corregido, me ha impulsado y me ha hecho sentir seguro de mí mismo, por la oportunidad que me cedió para trabajar y aprender de ella, quien me enseñó el mágico mundo de la neuropsicología y lo bonito que es trabajar desde esta área con personas; y a valorar mi esfuerzo y trabajo en el mundo. A mis sinodales, la Dra. Esther, Dra. Dení, Mtra. Maribel y Mtra Naye, gracias a sus intervenciones profesionales,

cuestionamientos del presente trabajo, motivación, paciencia y por la orientación y supervisión académica y por el tiempo para compartir sus aprendizajes. Al Dr. Jonatan Ferrer y la Dra. Adela por brindarme la confianza y fortalecer mi práctica profesional, A todas las personas de la UNEME por el apoyo para poder trabajar con las cuidadoras informales de ahí, sin este apoyo brindado no se hubiese culminado de manera exitosa este proyecto. A Nany por ser mi primera amiga, por haberme inspirado a ser psicólogo; la primera amiga que se preocupó por mí, con quien he compartido tantas platicas, aventuras, quien sigue aquí conmigo desde el 2008 escuchándome, animándome y alentándome. A Sofí y Julia, quienes son el motor para seguir adelante, mis ganas de levantarme en las mañanas, la sonrisa cuando todo va mal y la paz cuando me abrazan, por ayudarme a vencer tantos miedos, por regresarme el gusto por la vida y por mostrarme la sencillez del mundo y el amor humano. A Nidia quien me recibió cuando llegue a tierras hostiles, me abrazo con su amistad ayudó a asentarme en estos últimos meses, quien me mostró que la ayuda llega cuando menos lo esperas. A Frida, quien me recordó que no hay que tenerle compasión o lastima a los pacientes hay que brindarles una atención profesional, quien me hace sentir en casa estando lejos de ella, quien me recordó el amor por los animales y la vida, mi mejor amiga y compañera, quien me reta e impulsa para ser mejor y salir adelante, quien me recuerda porque estoy aquí cuando me siento perdido y a todos a los que les ha costado creer en mí. Agradezco a mi universidad la “UAEM”, de la cual me enorgullece pertenecer desde hace muchos años y ha permitido mi crecimiento profesional. A mi facultad, sus docentes y administrativos, por las enseñanzas y ayudas en mis tramites. Agradezco al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONAHCYT) por contribuir en la generación de conocimientos y el desarrollo del país a través de los recursos brindados, por creer en profesionistas que pretenden aportar un granito de arena al país. A todas las personas que se han ido y dieron oportunidad de llegar a otras en mi vida; por último, gracias a mi laptop en donde me he refugiado a leer, escribir y entretenerme cuando todo iba mal y cuando todo va bien; y gracias a mí por la risa, el llanto, los sueños, la música, los viajes y el café, pero sobre todo esto. Gracias a ti por leerme.

## Tabla de contenido

<b>Agradecimientos</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	10
Capítulo 1. Enfermedad Renal, Hemodiálisis y el paciente que la padece. ....	11
1.1 La Enfermedad Renal Crónica (ERC) .....	12
1.2 Diálisis, hemodiálisis y trasplante renal.....	13
1.3 El enfermo en hemodiálisis.....	14
Capítulo 2. El cuidador primario (formal e informal).....	15
2.1. Cuidador primario informal vs cuidador formal. ....	16
2.2 La cuidadora primaria informal .....	16
2.3 La cuidadora primaria informal y sus estados de animo.....	16
2.4 La Sobrecarga del cuidador informal.....	17
2.5 Alteración en los estados de ánimo y cognición del cuidador primario informal.....	17
Capítulo 3. Intervención en cuidadores primarios .....	17
3.1 La psicoeducación.....	19
3.2 Intervención cognitivo conductual.....	19
3.2.1 Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC).....	20
3.2.2 Terapia de solución de problemas y estilos de afrontamiento .....	20
3.3 Intervención neuropsicológica (estimulación cognitiva). ....	20
3.3.1 Estimulación y rehabilitación de la atención. ....	22
3.3.2 Estimulación y rehabilitación de las funciones ejecutivas.....	24
3.3.3 Estimulación y rehabilitación de la memoria.....	25
<b>Capítulo 4. Método</b> .....	27
4.1 Planteamiento del Problema.....	27
4.1.2 Justificación .....	27
4.2 Pregunta de Investigación .....	28
4.3 Objetivo general.....	28
4.4 Objetivos específicos .....	28
4.5 Hipótesis .....	29
4.6 Tipo y diseño de investigación.....	30
4.7 Participantes.....	30
4.8 Criterios de inclusión .....	30
4.9 Instrumentos, técnicas y estrategias utilizados en el diagnóstico y/o en el propio proceso de intervención.....	30
4.10 Enfoque de intervención .....	32

4.11 Esquema general del programa de intervención .....	32
4.12 Escenario.....	33
4.13 Procedimiento .....	33
<b>4.13.1 Duración de las sesiones.</b> .....	34
4.14 Aspectos éticos.....	34
4.15 Tipo de análisis .....	34
Capítulo 5. Resultados .....	37
Promedio grupal de las características demográficas y medidas de cada variable de la evaluación de dx. .....	37
5.1 Resultados de estados de ánimo, sobrecarga y desempeño cognitivo.....	38
5.1.1 Tabla 1. Resultados de Estados de ánimo, sobrecarga y desempeño cognoscitivo de cada CPI. .....	40
5.1.2 Tabla 2. Desglose del nivel de Dependencia de cada familiar en Hemodiálisis, según sus actividades instrumentarías y de la vida diaria .....	41
5.2 Resultados detallados de la variable cognición.....	42
Tabla 3. Resultados del desempeño cognoscitivo de cada subprueba del proceso de Atención.....	42
5.2.2 Tabla 4. Resultados del desempeño cognoscitivo de Funciones Ejecutivas. ....	43
5.2.3 Tabla 5. Resultados del desempeño cognoscitivo de Memoria Parte 1 .....	44
5.2.4 Tabla 6. Resultados del desempeño cognoscitivo de Memoria Parte 2. ....	45
5.2.5 Figura 3. Frecuencia de las cuidadoras en los estados de los procesos cognitivos. ....	47
5.2.5 Figura 4. Perfil neuropsicológico grupal con los puntajes obtenidos en cada subprueba en la evaluación diagnóstica .....	48
5.3 Resultados posteriores a la intervención.....	50
5.3.1 Figura 5. Resultados generales de la segunda evaluación.....	51
5.3.4 Gráficos 1, 2 y 3. Comparación de las variables de los estados de ánimo y sobrecarga antes y después de la intervención .....	52
5.3.4.1 Comparación de los niveles de sobrecarga (antes y después de la intervención) .....	52
5.3.4.2 Comparación de los niveles del estado de ánimo depresivo (antes y después de la intervención) .....	53
5.3.4.3 Comparación de los niveles del estado de ánimo ansioso (antes y después de la intervención) .....	53
.....	53
5.3.5. Gráficos 4, 5 y 6. Comparación de las variables de procesos cognitivos del antes y después de la intervención.....	54
5.3.5.1 Comparación de los niveles del desempeño global cognitivo (antes y después de la intervención) .....	54
5.3.5.2 Comparación de los niveles del desempeño de memoria (antes y después de la intervención)	

.....	55
5.3.5.3 Comparación de los niveles del desempeño de funciones ejecutivas y atención (antes y después de la intervención).....	55
5.3.4. Figura 6. Comparación de Perfil psicológico grupal de la batería Neuropsi. Test y Post-Test.	57
5.4 Análisis estadístico. Correlación y Comparación .....	58
5.4.1 Figura 7. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon.....	58
5.4.1 Figura 8. Correlaciones no paramétricas pos-tets .....	59
5.5 Resultado del Análisis de Contenido .....	62
<b>Capítulo 7. Discusión</b> .....	74
<b>ANEXO 1</b> .....	80
<b>Referencias</b> .....	94

## **Resumen**

El reconocimiento de la importancia de las Cuidadoras Primarias Informales (CPI) de pacientes en hemodiálisis, pacientes crónicos, motivo de este trabajo, donde se busca comprender sus desafíos y proponer estrategias adaptadas a sus necesidades individuales.

En el contexto actual, las CPI a menudo experimentan sobrecarga emocional y cognitiva debido a la naturaleza exigente del cuidado a largo plazo. Esto se refleja en estudios previos que destacan la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión entre los cuidadores. Condiciones emocionales que vulneran su la salud mental y cognitiva (Souza et al, 2017).

La metodología utilizada en esta investigación incluye un diseño que evalúa tanto la situación inicial de las CPI como el impacto de intervenciones específicas. Se seleccionaron participantes basados en criterios establecidos, se valoraron mediante instrumentos neuropsicológicos y psicológicos clínicos con amplio reconocimiento, y se implementaron intervenciones neuropsicológicas adaptadas a las necesidades individuales de cada cuidadora mediante la estimulación cognitiva y técnicas de afrontamiento emocional.

Los resultados obtenidos de la evaluación inicial de las CPI resaltan las áreas de sobrecarga emocional, desafíos cognitivos y su impacto en la dinámica familiar. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de intervenciones efectivas que aborden tanto los aspectos emocionales como cognitivos de las cuidadoras (De Oliveira, 2015).

Las intervenciones neuropsicológicas implementadas incluyeron estrategias psicoeducativas, técnicas de relajación y actividades cognitivas específicas donde destacan los procesos de memoria, atención y algunas funciones ejecutivas. Estas estrategias fueron diseñadas para reducir la carga emocional y fallos cognitivos de las CPI, basándose en la eficacia demostrada de intervenciones cognitivas en el bienestar de esta población (García-Casares et al., 2016; Sitzer et al., 2019).



Los resultados post-intervención mostraron mejoras significativas en estados de ánimo, desempeño cognitivo y relaciones familiares de las CPI participantes. Estos hallazgos respaldan la importancia de estrategias adaptadas y la necesidad de sensibilización y apoyo comunitario para estas cuidadoras (Sitzer et al., 2019).

En conclusión, esta investigación destaca la importancia de intervenciones neuropsicológicas acondicionadas a las necesidades individuales de las CPI en hemodiálisis. Las estrategias implementadas mostraron mejoras significativas en el bienestar emocional, cognitivo y la dinámica familiar de las cuidadoras. Esto resalta la necesidad de abordar las necesidades de estas cuidadoras para promover un entorno más comprensivo y solidario para ellas.

## **Introducción**

Los estudios llevados a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de la población de la tercera edad revelan un incremento significativo en dicho grupo, proyectando que para el año 2050, los individuos mayores de 60 años constituirán el 21 % de la población mundial (Organización Mundial de la Salud, 2019). Esta demografía se encuentra particularmente vulnerable a depender tanto de cuidadores formales como informales, debido a su elevada propensión a desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles (Mendoza, 2014).

Aunque los cuidadores formales poseen capacitación continua sobre las enfermedades de las personas a su cargo, además de recibir compensación económica por sus servicios (Masanet & La Parra, 2011), en Latinoamérica se observa una predominancia del cuidado informal. Este último, generalmente llevado a cabo por un miembro del núcleo familiar, en su mayoría mujeres, encargadas de la atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (Alfaro et al., 2018).

En las últimas décadas en México, se ha constatado que las ECNT poseen un desarrollo lento, generan discapacidad y dependencia, y en algunos casos, se manifiestan desde edades tempranas (Aldana et al., 2015). La atención constante requerida y la naturaleza evolutiva de estas enfermedades hacen que los enfermos sean demandantes, siendo la enfermedad renal, que lleva a tratamientos como la hemodiálisis, un ejemplo que coloca a los familiares cercanos en el papel de cuidadores primarios informales (CPI) de manera inmediata (Rodríguez, 2016).

Los CPI, al brindar cuidado de manera intuitiva o empírica sin remuneración económica y con escasos periodos de descanso entre tareas (Domínguez et al., 2010), experimentan una sobrecarga. Investigadores han conceptualizado esta carga como un colapso que conlleva agotamiento físico, económico y mental, manifestándose en síntomas como estrés, depresión y ansiedad, denominado síndrome del cuidador o sobre carga del cuidador (SSC) (Mendoza, 2014).

En este contexto, intervenciones previas con CPI han demostrado que las terapias cognitivo-conductuales son eficaces para abordar trastornos depresivos y de ansiedad en adultos (Contreras, Esguerra, Espinosa, & Gómez, 2017). El objetivo principal de la psicoeducación, es mejorar la comprensión de los CPI sobre la situación de la enfermedad de la persona que cuidan y así tener una mejor adaptación en su labor como CPI, mientras que la estimulación cognitiva busca contrarrestar los efectos negativos de las alteraciones en el estado de ánimo depresivo y ansioso en los procesos cognitivos, lo que convierte estas dos intervenciones en herramientas efectivas para ayudar a las personas que cuidan de manera informal a otras personas (Arechabala M. , Catoni, Palma, & Barrios, 2011).

Ante este panorama, el presente estudio tiene como objetivo principal conocer, evaluar y abordar los estados de ánimo y procesos cognitivos de un grupo específico de mujeres cuidadoras informales de pacientes sometidos a hemodiálisis. La meta es implementar y evaluar un programa psicológico y de estimulación cognitiva diseñado para mujeres que cumplen el rol de cuidadoras primarias informales de pacientes en hemodiálisis.

### **Capítulo 1. Enfermedad Renal, Hemodiálisis y el paciente que la padece.**

Las propias demandas de las ECNT, requieren de un cuidado especializado e integral en el que se contempla a la familia (Aldana, Barrera, Rodríguez, Gomez, & Carrillo, 2015). Dentro de las ECNT, la enfermedad renal crónica ha adquirido una relevancia cada vez mayor (Gómez, Castro, & Tasipanta, 2018). A nivel mundial, más del 10 % de la población se ve afectada por esta enfermedad, que conduce a la aplicación de la "Terapia de Reemplazo Renal" en aquellos que la padecen (Franco et al., 2011).

Este incremento en la incidencia de enfermedad renal crónica subraya la necesidad de abordar de manera integral los desafíos asociados a esta condición. Asimismo, resalta la importancia de examinar los factores neuropsicológicos implicados en el cuidado de los pacientes con ECNT y específicamente con enfermedad renal crónica, ya que estos factores desempeñan un papel crucial en la calidad de vida y el bienestar tanto de los pacientes como de sus cuidadores. La neuropsicología puede proporcionar un

enfoque valioso para comprender y abordar los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el cuidado de individuos afectados por enfermedades crónicas, como la enfermedad renal crónica.

### **1.1 La Enfermedad Renal Crónica (ERC)**

La enfermedad renal crónica (ERC) se caracteriza por la progresiva pérdida de funciones renales, alcanzando una fase terminal cuando la funcionalidad de los riñones disminuye por debajo del 10%, resultando en: insuficiencia renal (U.S. Renal Data System, 2013). Para abordar esta condición, los pacientes requieren tratamiento que sustituya la función renal, ya sea mediante diálisis o trasplante (Rodríguez, Badilla, & Cruz, 2019). La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), según la definición de la National Kidney Foundation (2002), se caracteriza por el daño renal persistente que se extiende por un período de tres meses o más. Este daño puede involucrar anomalías tanto estructurales como funcionales en los riñones. Es importante destacar que la IRC puede manifestarse con o sin una disminución en la tasa de filtración glomerular, que es un indicador clave de la función renal.

La filtración glomerular es el proceso mediante el cual los riñones filtran la sangre para eliminar los productos de desecho y el exceso de líquidos, manteniendo así el equilibrio en el cuerpo. La IRC implica un deterioro progresivo de la función renal, lo que puede afectar negativamente la capacidad del cuerpo para realizar estas funciones críticas.

Es esencial diagnosticar y gestionar la IRC de manera temprana para prevenir la progresión de la enfermedad y reducir el riesgo de complicaciones asociadas, como la enfermedad cardiovascular y la insuficiencia renal terminal. El tratamiento y la gestión de la IRC suelen incluir cambios en el estilo de vida, control de la presión arterial, control de la glucosa en caso de diabetes, y en algunos casos, diálisis o trasplante renal.

La ERC puede ser originada por diversas condiciones como glomerulonefritis, enfermedades tubulares, infecciones renales, obstrucción por cálculos, anomalías congénitas, diabetes mellitus, hipertensión arterial y lupus eritematoso sistémico (Contreras, Esguerra, & Espinosa, 2016). Además, puede ocasionar otras enfermedades como: cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de los huesos y anemia (Nagarathnam & Padma, 2016).

En México, se reporta una incidencia de 154.6 casos por millón de habitantes, con un rápido aumento en la prevalencia de la ERC (Contreras, Esguerra, & Espinosa, 2016). Más de 129 mil pacientes mexicanos sufren de ERC, de los cuales solo el 80% recibe atención médica y un 20% tiene la oportunidad de acceder a hemodiálisis (U.S. Renal Data System, 2013).

A nivel global, se estima que existen más de 135 millones de diabéticos y más de 1000 millones de hipertensos, proyectándose que para el año 2025 habrá 300 millones de personas con diabetes mellitus y más de 1 560 millones de hipertensos en todo el mundo. Estas dos enfermedades son factores de riesgo significativos para el desarrollo de ERC entre los ciudadanos mexicanos (ENSANUT, 2018). Este panorama resalta la necesidad urgente de estrategias preventivas y de manejo eficaz para abordar el creciente riesgo de ERC en la población.

## **1.2 Diálisis, hemodiálisis y trasplante renal.**

La persona con enfermedad renal crónica (ERC) requiere tratamiento sustitutivo de la función renal, que puede consistir en diálisis o trasplante (Rodríguez, Badilla, & Cruz, 2019). Estos tratamientos comprenden tres modalidades: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. Aunque muchos nefrólogos prefieren el trasplante renal, en casos de fracaso se opta por el tratamiento dialítico, permitiendo la transición entre diálisis peritoneal y hemodiálisis, y viceversa (Gómez, Castro, & Tasipanta, 2018).

La diálisis, como método depurativo, se realiza a través de dos técnicas: diálisis peritoneal, que utiliza la membrana peritoneal con un catéter conectado al exterior y líquido dializante; y hemodiálisis,

que emplea una membrana artificial como filtro, purificando la sangre del paciente. La hemodiálisis, predominantemente utilizada, se realiza en centros hospitalarios o clínicas, demandando tres sesiones semanales de tres a cuatro horas cada una (Urzúa, Pavlov, Cortés, & Pino, 2011). Este tratamiento, además de implicar la administración de medicamentos y cuidados específicos, requiere una modificación en el estilo de vida del paciente, incluyendo una dieta estricta (Daugirdas, 2015).

La hemodiálisis no solo impacta físicamente al paciente, sino también psicológicamente, generando cambios en su conducta. Los efectos adversos físicos, junto con los desafíos emocionales, pueden desencadenar problemas como depresión, ansiedad y trastornos de conducta (Álvarez et al., 2021), lo que, a su vez, se asocia con dificultades matrimoniales, disfunción sexual y problemas socioeconómicos (Daugirdas, 2017). Este aspecto subraya la importancia de una atención integral, abordando tanto los aspectos físicos como los psicológicos del paciente con ERC durante el tratamiento de hemodiálisis.

### **1.3 El enfermo en hemodiálisis**

La adaptación y nivel de dependencia de la persona enferma desempeñan un papel crucial durante el tratamiento de enfermedades crónicas, afectando aspectos físicos, psicológicos, sociales y económicos (Cisnero, Cisnero, Peña, Bertolí, & Fonseca, 2018). En este contexto, el paciente se enfrenta a tratamientos no curativos, invasivos y demandantes, que conllevan costos significativos para él y su familia.

El estudio realizado en 2010 en el estado de Nuevo León reveló que el 78.7% de los 62,903 pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal optaron por la hemodiálisis, con 2 o 3 sesiones semanales de aproximadamente 4 horas cada una (Serdengeçti, Süleymanlar, & Altıparmak, 2010; Cruz et al., 2011). Este tratamiento implica que el cuidador familiar asuma diversas responsabilidades, como brindar apoyo en las actividades diarias, realizar el aseo personal, ofrecer apoyo psicológico y administrar medicamentos, alimentación y cuidados físicos (López, Nagarathnm, Padma, et al., 2019; Huérfano,

Álvarez, Arias, & Carreño, 2018).

En consecuencia, se observa que la mayoría de estos pacientes cuentan con un familiar que atiende sus necesidades a lo largo del día. Sin embargo, esta dedicación puede llevar al cuidador a postergar aspectos de su propia vida, resultando en aislamiento, disminución de actividades sociales y afectación de su propia salud (Contreras, Esguerra, & Espinosa, 2016).

Este panorama subraya la imperativa necesidad de no solo enfocarse en el cuidado del enfermo, sino también en el bienestar del cuidador. La atención integral no solo debe abordar las demandas del paciente, sino también proporcionar apoyo y recursos para el cuidador, reconociendo la importancia de su papel en el proceso de tratamiento y recuperación (Solís, Hernández, De Armas, Hernández, & Ulloa, 2014).

## **Capítulo 2. El cuidador primario (formal e informal).**

En México, la transición demográfica y epidemiológica, junto con el aumento de la esperanza de vida, ha revelado un envejecimiento inadecuado de la población general (Kánter, 2017). Esto sugiere que una población más joven está experimentando enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), lo que aumenta la necesidad de atención y cuidado, especialmente para aquellos en tratamiento de hemodiálisis (Guerrero et al., 2016; Flores et al., 2017).

El cuidado de personas en hemodiálisis, realizado principalmente por cuidadores primarios informales (CPI), implica tareas específicas asignadas por profesionales médicos de la institución de tratamiento (Aldana et al., 2015). Estas responsabilidades incluyen la preparación de la dieta, supervisión del cumplimiento terapéutico y revisiones periódicas.

Los CPI enfrentan desafíos relacionados con la disponibilidad de recursos, el tiempo, la capacitación y la comprensión de la progresión de la enfermedad (Moure, 2011). Esta dinámica destaca la importancia de abordar la situación como un trabajo en equipo entre la institución de salud, la familia y el

CPI, cuya decisión de asumir este papel a menudo se normaliza rápidamente (Cerquera Córdoba, 2014).

### **2.1. Cuidador primario informal vs cuidador formal.**

El cuidado de una persona requiere preparación y, en muchos casos, remuneración económica. Los cuidadores primarios formales son profesionales capacitados con compensación financiera que brindan apoyo profesional socio-sanitario (Sánchez et al., 2016). Por otro lado, los CPI, a pesar de ofrecer un apoyo similar, carecen de capacitación y remuneración económica (Moreno et al., 2018). Esta diferencia se refleja en la falta de apoyo de otros miembros familiares y en la asunción inmediata de responsabilidades por parte del CPI, basándose en el afecto hacia el enfermo (Jofré & Sahuenza, 2010).

### **2.2 La cuidadora primaria informal**

En México y América Latina, el rol de CPI suele recaer en mujeres, pues las estadísticas que muestran que la mayoría de las personas cuidadoras son mujeres que tiene una edad de entre 40 y 60 años, con educación hasta secundaria y dedicando casi 40 horas semanales al cuidado de enfermos mayores de 60 años (INEGI, 2017; Barón & Alvarado, 2019). Este perfil resalta la necesidad de comprender mejor la situación emocional y cognitiva de las CPI.

### **2.3 La cuidadora primaria informal y sus estados de animo**

Las CPI, al carecer de experiencia previa y herramientas, enfrentan impactos negativos en su salud mental y física, con riesgo de desarrollar el Síndrome de la Sobrecarga del Cuidador (SCC) (Zarit et al., 1998). Este síndrome se manifiesta en quejas objetivas (cargas de trabajo y gastos económicos) y subjetivas (percepciones del cuidador sobre su labor). La evaluación y medición de la sobrecarga son esenciales para la intervención y el apoyo efectivo (Crespo & Rivas, 2015).



## **2.4 La Sobrecarga del cuidador informal.**

La SCC afecta diversas áreas en la vida de la CPI, desde restricciones sociales hasta la pérdida de control emocional. La evaluación y medición de la sobrecarga son fundamentales para abordar y apoyar a la CPI en cada caso (Crespo & Rivas, 2015).

## **2.5 Alteración en los estados de ánimo y cognición del cuidador primario informal**

Se ha establecido una conexión directa e indirecta entre los estados de ánimo depresivos y ansiosos y las alteraciones cognitivas en las CPI (Medrano & Ramos, 2016). Las funciones cognitivas afectadas incluyen atención, memoria y funciones ejecutivas, lo que destaca la importancia de evaluar y abordar estas variables en las intervenciones preventivas (White et al., 2017). La depresión y la ansiedad, comúnmente presentes en las CPI, también influyen en la regulación emocional y pueden llevar al desarrollo de trastornos de ansiedad generalizada (TAG) (Alfaro et al., 2018).

Dada la complejidad de la situación de las CPI, es crucial implementar intervenciones que aborden tanto las quejas emocionales como las cognitivas, reconociendo la conexión entre los estados de ánimo y el funcionamiento cognitivo.

Se sugiere la implementación de programas de apoyo psicológico y social dirigidos a CPI, con un enfoque preventivo que considere la detección temprana de signos de sobrecarga. Asimismo, se recomienda la capacitación de los profesionales de la salud para identificar y abordar adecuadamente las necesidades de los CPI, promoviendo un enfoque integral y colaborativo en la atención a pacientes en hemodiálisis (Arroyo, Arana, Garrido, & Crespo, 2018).

## **Capítulo 3. Intervención en cuidadores primarios**

Basados en estudios sobre los CPI y su cumplimiento de tareas, se ha observado que con frecuencia manifiestan problemas de fatiga, estrés, ansiedad y síntomas depresivos, los cuales se asocian a la relación del cuidador con el paciente (Alfaro et al, 2018). Esta relación comúnmente se torna

conflictiva en ocasiones y por tiempos prolongados, causada por los estados de ánimo del paciente, cambiantes como consecuencia de la enfermedad que cursan (Cerquera, Granados, & Buitrago, 2012).

La carencia de habilidades en la solución de conflictos, la SCC, y la sintomatología psicológica y cognitiva que se genera por su labor como cuidador, son factores a abordar en la intervención para generar un cambio en la CPI (Domínguez, Zavala, Cruz, & Ramírez, 2010). La capacidad para ejercer el cuidado de modo efectivo dependerá de todas estas variables que experimentan los cuidadores (Flores y otros, 2017). Para esta intervención, se han establecido distintas modalidades de apoyo a esta población (Astudillo & Mendinueta, 2016). Usando la psicoeducación y la psicoterapia de corte cognitivo conductual, ya que son intervenciones con más eficacia para la reducción de malestares psicológicos en población en esta población (Zambrano & Ceballos, 2017).

Asimismo, se busca brindar un tratamiento multifactorial que cubra las áreas emocionales (Godoya, Eberhard, Abarca, Acuña, & Muñoz, 2020) y cognitivas (Rock, Roiser, Riedel, & Blackwell, 2014) de la cuidadora.

La psicoeducación, como intervención inicial, busca informar al CPI sobre la enfermedad de su familiar, incluyendo su estado de salud, aspectos emocionales y grado de dependencia. Esto ayuda a establecer nuevos límites y reglas entre el enfermo y su cuidador (Cuevas & Moreno, 2017). Además, la psicoeducación es de gran utilidad porque, además de informar de manera específica y científica al paciente y sus familiares sobre la enfermedad, tratamiento y pronóstico, aborda situaciones cotidianas que se vuelven complejas para el cuidador, permitiéndole concientizarse y adquirir estrategias para su manejo (Godoya, Eberhard, Abarca, Acuña, & Muñoz, 2020). Esto promueve el empoderamiento y la inclusión de la cuidadora primaria informal en el ambiente social (Cuevas & Moreno, 2017).

Otras estrategias útiles para acompañar la psicoeducación incluyen el trabajo mediante la psicoterapia de tipo Cognitivo Conductual, que provee estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos a través de la terapia relacional emotiva conductual, siendo efectiva para tratar estados de

ánimo depresivos, ansiosos y de estrés (Mendoza, 2014).

La incorporación de la estimulación cognitiva, bajo el principio de neuro plasticidad, también se muestra beneficiosa al favorecer la activación del cerebro y la reserva cognitiva, generando mecanismos de protección ante daños futuros o adaptándose a nuevas situaciones (Villalba & Espert, 2015).

### **3.1 La psicoeducación**

La psicoeducación (PE) forma parte de los tratamientos considerados efectivos en la reducción de malestares en CPI (Godoya, Eberhard, Abarca, Acuña, & Muñoz, 2020). El término de psicoeducación surge, en parte, del trabajo con familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia, realizado por George Brown en 1972. Brown señala que cuanto menos involucrados estén los familiares con el enfermo, más recaídas se tendrán (Cuevas & Moreno, 2017). El objetivo de la PE no solo radica en que la CPI entienda el mecanismo de cierta enfermedad y colabore en el ejercicio de su rol, sino también hace que la CIP pueda hacer intervenciones adaptadas a la persona enferma tomando la información aprendida para adaptarla específicamente al cuidado de su familiar, ya que cada persona vive su experiencia como CPI de manera diferente y la afronta de manera distinta, elaborando estrategias que se adecuen a sus vivencias (Godoya, Eberhard, Abarca, Acuña, & Muñoz, 2020).

La psicoeducación influye de manera positiva en el cuidado de una persona cuando su cuidador recibe la información científica adecuadamente (Rosas, 2015), (Gómez, Castro, & Tasipanta, 2018) permitiéndole adaptarse a su labor de manera más natural. Esto se evidencia cuando los CPI comprenden mejor las indicaciones de los profesionales de la salud, encontrando sentido positivo en su rol (Beck, 2014), generando así un cambio en la visión sobre la enfermedad o el problema a afrontar y favoreciendo el acompañamiento al enfermo.

### **3.2 Intervención cognitivo conductual.**

El tratamiento cognitivo conductual se basa en los principios del condicionamiento clásico y

operante, teniendo como objetivo principal el pensamiento para la resolución de problemas de conducta y emocionales (Ávila, García, & Gaitán, 2010). El terapeuta que emplea esta técnica ayuda a la persona a reconocer sus pensamientos y estados de ánimo alterado, habilitándola para modificarlos basándose en la evidencia y la lógica, mientras la acompaña y ayuda a reubicar el comportamiento con técnicas conductistas (Deví & Almazán, 2012). Este tipo de intervenciones ha demostrado ser efectivo en diferentes escenarios y problemas psicoemocionales (Velázquez, González, De la Peña & Soria, 2019), siendo la terapia más socorrida por muchos psicólogos (Rosas, 2015).

### 3.2.1 Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC)

Dentro de la terapia cognitivo conductual, la TREC se basa en que las emociones y conductas provienen de las creencias de un individuo, buscando que la persona identifique pensamientos o creencias irracionales que afectan sus estados de ánimo y conductas, para luego desafiarlas y reemplazarlas por pensamientos más racionales y adaptativos (Ellis, 2013). Esta técnica ha mostrado ser eficaz en la reducción de síntomas depresivos y ansiosos, mejorando la calidad de vida y la funcionalidad del individuo (González & Ochoa, 2019).

### 3.2.2 Terapia de solución de problemas y estilos de afrontamiento

La intervención neurocognitiva (INC) se fundamenta en la neuropsicología y busca estimular las capacidades cognitivas afectadas por el envejecimiento, la neurodegeneración o traumatismos cerebrales, entre otros (López, 2019). Diversos estudios han demostrado la eficacia de la INC en la rehabilitación y mejora de las funciones cognitivas en personas con deterioro cognitivo leve y demencia (López, Pech, Jiménez, & Cárdenas, 2019). Al aplicar la INC en CPI, se busca fortalecer sus habilidades cognitivas, las cuales son esenciales para desempeñar adecuadamente su rol (Moreno & Lopera, 2010).

## **3.3 Intervención neuropsicológica (estimulación cognitiva).**

Como se ha señalado en capítulos anteriores, existe una estrecha relación entre las alteraciones en

los estados de ánimo y los procesos cognitivos en las Cuidadoras Primarias Informales (CPI), ya sea debido a la edad o a los cambios en las estructuras cerebrales derivados del estrés, la depresión y la ansiedad. Por lo tanto, esta investigación destaca la necesidad de una intervención neuropsicológica con las CPI, dado que los malestares o déficits en ellas comienzan manifestándose con simples olvidos o falta de atención. Sin embargo, la acumulación de estos síntomas o trastornos se convierte en un factor de riesgo importante para el desarrollo del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y demencia.

Esta intervención se logra a través de un conjunto de técnicas y estrategias diseñadas para optimizar la eficacia del funcionamiento de diversas capacidades y funciones cognitivas, como percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias. Estas actividades están estructuradas en lo que se denomina "programas de entrenamiento cognitivo" (Villalba & Espert, 2015), ampliamente utilizados en la rehabilitación neuropsicológica. Este enfoque busca adaptar de manera productiva e independiente a las CPI en sus actividades cotidianas laborales, académicas, sociales y familiares (Castillo, 2012).

En el ámbito de la intervención neuropsicológica, la estimulación cognitiva desempeña un papel crucial. Esta técnica, basada en la neuroplasticidad, implica la capacidad del cerebro para crear nuevas redes neuronales después de una lesión cerebral (Villalba & Espert, 2015). A diferencia de la rehabilitación neuropsicológica en personas con daño cerebral por un evento vascular cerebral (EVC), la estimulación cognitiva se dirige de manera más específica a mejorar el funcionamiento cognitivo de las personas con deterioro cognitivo o demencia, potenciando las capacidades y habilidades aún preservadas y ralentizando el proceso de deterioro (Carvajal, Suárez, & Arboleda, 2011).

Las ventajas de la estimulación cognitiva incluyen su función complementaria al tratamiento farmacológico cuando es necesario. Además, facilita una interacción más personalizada tanto con el terapeuta como con otras personas. Esto, a su vez, influye positivamente en los estados de ánimo de las CPI y mejora no solo sus funciones cognitivas, sino también sus habilidades. Esta mejora no se limita

únicamente a las funciones cognitivas, como sucede con la terapia farmacológica (Villalba & Espert, 2015). Además, fortalece el impacto en la vida diaria al motivar a las CPI para que generalicen a su cotidianidad lo aprendido en sesión, mediante la asignación de actividades para el hogar y la entrega de recomendaciones y estrategias para abordar olvidos y dificultades diarias relacionadas con procesamientos cognitivos anómalos (Carvajala & Restrepo, 2013). Buscando así un compromiso y participación de las CPI (Salas, Báez, Garreaud, & Daccarett, 2017).

La estimulación cognitiva consiste en actividades diseñadas para activar y fortalecer las funciones cognitivas afectadas, como la memoria, la atención, la concentración y otras funciones ejecutivas (Peña, 2019). En el contexto de las CPI, su aplicación tiene como objetivo prevenir o ralentizar el deterioro cognitivo asociado al estrés y la sobrecarga del cuidador, contribuyendo a mantener la calidad de vida personal y de la persona dependiente de cuidado (Villalba & Espert, 2015).

### 3.3.1 Estimulación y rehabilitación de la atención.

En la edad adulta y durante el envejecimiento, se producen cambios en el proceso atencional, lo que hace que algunos adultos mayores requieran de estrategias compensatorias como: hiperfocalización a diferencia de las personas más jóvenes. Por lo tanto, la habilidad para inhibir estímulos podría hacer que las en CPI de edad avanzada no puedan reconocer la información relevante y emitir una respuesta favorable (Astudillo & Mendinueta, 2016). Para que el proceso se realice correctamente, la atención requiere de un estado de vigilia o arousal que sirve como preparación fisiológica para percibir estímulos del entorno, ya sean externos o internos (De la Torre, 2012).

La atención dividida (capacidad de atender o realizar dos o más tareas de manera simultánea) se ve afectada con el envejecimiento, incluso en las tareas más simples. De igual modo, la atención mantenida (vigilancia) disminuye su potencialidad (Villalba & Espert, 2015). Es por esto que la estimulación cognitiva dentro de la rehabilitación neuropsicológica debe llevarse a cabo en primer lugar, dada la importancia de la atención como base de otros procesos cognitivos (Squire, y otros, 2013).

Los mecanismos rehabilitadores relevantes para la atención incluyen la compensación y la restitución del déficit atencional, ambas ayudan a mejorar las deficiencias cognitivas (Gupta & Naorem, 2013), siendo la compensación la que tiene un mejor impacto en la reducción de las quejas atencionales del paciente (Engelberts, y otros, 2012). Sin embargo, la restitución para la intervención de la atención debe realizarse de acuerdo con un modelo clínico y jerárquico para tener un impacto positivo en la rehabilitación de la atención (Solhberg & Mateer, 1987).

Se inicia con los niveles atencionales básicos, asegurándose de que la capacidad para mantener la respuesta atencional de manera prolongada (atención sostenida) esté presente. Esto implica una selección de información relevante e inhibir la irrelevante (atención selectiva) y la habilidad para cambiar el foco atencional de forma sucesiva (atención alternante), buscando atender a dos estímulos al mismo tiempo (atención dividida) (Blázquez, y otros, 2019).

Para la restitución de la atención sostenida, se implementan tareas de ejecución continua en las que el paciente debe seleccionar, contar o responder ante determinados estímulos presentados por confrontación visual o auditiva, como letras, números o palabras, así como ejercicios de secuenciación mental de series (Villalba & Espert, 2015). En la intervención de la atención selectiva, se llevan a cabo tareas a las que se añade un distractor visual, auditivo que contiene información irrelevante. También son importantes los ejercicios de reacción ante determinadas señales del ambiente, trabajar los tiempos de respuesta o sincronizar una conducta según ciertos ritmos (Ríos, Muñoz, & Paúl, 2017).

La atención alternante se ejercita al atender a un tipo de palabra o secuencia correcta entre otras presentadas auditivamente y luego cambiar para atender a otro tipo distinto de palabra o secuencia (Blázquez, y otros, 2019). Para la atención dividida, se emplean tareas que exigen atender a dos o más estímulos de forma simultánea, como leer un párrafo de forma comprensiva y atender al tiempo a una palabra concreta (Villalba & Espert, 2015). Y para tareas de atención dual que consisten en completar una tarea de atención sostenida mientras se realiza la repetición de una serie de números o palabras (Ríos,

Muñoz, & Paúl, 2017).

Además, la psicoeducación resulta útil en la intervención, ya que explicar y hacer consciente al paciente del funcionamiento de los procesos atencionales, sus alteraciones y consecuencias, es necesario para una mejor participación en la intervención (Engelberts, y otros, 2012).

### 3.3.2 Estimulación y rehabilitación de las funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas (FE) constituyen un conjunto de habilidades cognitivas que permiten a la persona llevar a cabo sus actividades diarias. Gracias a las FE, el ser humano puede planificar, programar, realizar operaciones mentales, autorregularse en sus tareas y llevarlas a cabo de manera competente (Villalba & Espert, 2015). Estas funciones desempeñan un papel crucial, junto con la memoria y la atención, en las cuidadoras primarias, ya que les otorgan la capacidad de formar conceptos para tener un razonamiento lógico y abstracto. Asimismo, proporcionan flexibilidad cognitiva para solucionar problemas y tomar decisiones, además de un proceso inhibitorio y atencional, control emocional y comportamiento adecuado (Blázquez, y otros, 2019). La región prefrontal alberga estas funciones, y dado que esta zona es propensa a un declive asociado al envejecimiento, el deterioro suele ser más pronunciado (Carvajal, Suárez, & Arboleda, 2011).

Ante este escenario, la intervención en las funciones ejecutivas debe centrarse en entrenar a la cuidadora para adquirir automonitoreo, permitiéndole tener control sobre sus respuestas conductuales y planes cognitivos en su vida diaria (Carvajala & Restrepo, 2013). Por lo tanto, se busca que la cuidadora sea capaz de cumplir y verificar sus objetivos, con la menor cantidad de errores posible, asegurando que esté consciente y atenta a lo que realiza (Levine, y otros, 2020). La segunda etapa de intervención tiene como objetivo que la cuidadora sea capaz de planear actividades específicas ante situaciones de su labor, instruyéndola en la planificación al inicio del día, asignando tiempo e importancia a cada tarea (Gupta & Naorem, 2013). Esto logra rutinas que reducen errores y olvidos por parte de las cuidadoras (Carvajala & Restrepo, 2013).



Es crucial intervenir en la habilidad de las cuidadoras para escoger, ejecutar y finalizar una actividad dirigida, así como en sus habilidades para comprender, revisar y corregir su planificación y la velocidad con la que se ejecuta (Blázquez, y otros, 2019). Se destaca que una planificación se compone siempre de pasos simples, y la cuidadora debe ser consciente de ellos para poder desarrollarlos de manera ordenada (Villalba & Espert, 2015). En términos de compensación, resulta útil la organización del espacio, la ropa y la comida, el uso de una pizarra con anuncios para mensajes y pendientes, y el empleo de calendarios de planificación que incluyan citas, el pago de cuentas y las invitaciones (Arango, 2016).

### 3.3.3 Estimulación y rehabilitación de la memoria.

En relación con la memoria, al iniciar la intervención, es crucial explicar a la cuidadora primaria informal (CPI) que el trabajo con la memoria es un proceso que demanda tiempo. Se busca intensificar la atención para evitar distracciones, siendo fundamental comprender, aclarar y procesar cognitivamente la información (Villalba & Espert, 2015). Considerando la importancia de la motivación e interés, es imperativo reducir estados de ánimo como ansiedad y estrés para fomentar hábitos donde prevalezca el orden (Ostrosky & Lozano-Gutiérrez, 2003).

En la intervención de la memoria, se emplean estrategias internas como la visualización, asociación y categorización (Arango, 2016). La visualización implica entrenar a la CPI en la creación de imágenes mentales del material a memorizar, utilizando ejercicios que incluyen observar una imagen, luego imaginarla y describirla en detalle, visualizar escenas de una historia mientras se escucha, e imaginar situaciones cotidianas o personas cuyos nombres se desean recordar (Blázquez, et al., 2019).

La asociación se basa en establecer vínculos semánticos entre diferentes informaciones que se desean recordar conjuntamente. Se lleva a cabo mediante tareas como el aprendizaje de pares y secuencias de palabras, la construcción de acrósticos y la creación de historias que encadenen información a memorizar (Blázquez, et al., 2019). La categorización consiste en organizar la información en subgrupos antes de memorizarla. Por ejemplo, la CPI puede ordenar una lista de mercado en subgrupos

como verduras, carnes y granos, para luego intentar recordar cada categoría (Ostrosky & Lozano-Gutierrez, 2003).

Entre las estrategias externas para compensar los trastornos de memoria, se incluyen adaptaciones y cambios en el entorno. Se busca que la CPI tenga en su espacio letreros y señales en los cuartos y objetos de uso personal, utilice libros de memoria, cuente con carteles con instrucciones, mapas, calendarios visibles, pizarras con notas y pendientes, así como listados de rutinas. Otros apoyos externos pueden incluir agendas, alarmas, libretas de apuntes y diarios (Ponds & Hendriks, 2016).

La intervención en las funciones cognitivas de las CPI es vital, ya que permite a la cuidadora mejorar cognitivamente y reducir sus estados de ánimo y sobrecarga. Esta mejora se logra mediante la consecución de objetivos específicos, el fortalecimiento de la autonomía y autoestima, la mejora de la interacción con el entorno y la disminución de la ansiedad, la confusión y otras reacciones psicológicas adversas (Villalba & Espert, 2015).

Considerando las demandas del envejecimiento y la disminución fisiológica de funciones cognitivas, la Estimulación Cognitiva (EC) se posiciona como una técnica excelente para intervenir, permitiendo la compensación o prevención de déficits asociados a la edad (Villalba & Espert, 2015).

## Capítulo 4. Método

### 4.1 Planteamiento del Problema

#### 4.1.2 Justificación

En 2015, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reveló que el 47.8% de la población adulta mexicana experimenta algún tipo de discapacidad, a menudo asociada con enfermedades crónicas como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, osteoartritis, y deficiencias auditivas y visuales (IMSS, 2015). De acuerdo a la OMS (2019) la hipertensión arterial, seguida de la hiperglucemia y sobrepeso y obesidad, son las enfermedades metabólico-crónicas, son responsables del 19% de muertes atribuibles.

En respuesta a la reestructuración demográfica, la OMS ha señalado un aumento en el número de cuidadores formales e informales, subrayando la necesidad de capacitar a estos cuidadores para fortalecer no solo su capacidad de cuidado sino también su salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2019). Es en este contexto que los cuidadores/as no solo representan un recurso invaluable, sino también una población de alto riesgo de experimentar enfermedades psíquicas, desencadenando con el tiempo una "sobrecarga del cuidador". Este fenómeno contribuye significativamente a la aparición de problemas atencionales y de memoria en los cuidadores (Roca et al., 2015), una realidad a menudo desconocida para ellos debido a la falta de psicoeducación y a los estilos de vida asociados con esta labor de cuidado (Centeno, 2004).

En este contexto, resulta esencial investigar el grado de malestar emocional y las quejas cognitivas experimentadas por los cuidadores/as. Este estudio tiene como objetivo principal arrojar luz sobre estos aspectos, contribuyendo a la minimización de los efectos adversos derivados de la desatención del propio cuidador/a en favor del cuidado brindado a su familiar (Astudillo & Mendinueta, 2016). Al

comprender en profundidad estos desafíos, será posible desarrollar intervenciones y programas de apoyo específicos que aborden las necesidades únicas de esta población, promoviendo así una mejor calidad de vida tanto para los cuidadores/as como para las personas a su cargo. Este enfoque integral busca generar un impacto positivo tanto a nivel individual como a nivel sociosanitario.

## **4.2 Pregunta de Investigación**

¿Es efectivo un programa integral de intervención psicológica y estimulación cognitiva para mitigar las alteraciones en los estados de ánimo y mejorar el rendimiento cognitivo en cuidadoras primarias informales de pacientes sometidos a hemodiálisis?

## **4.3 Objetivo general**

Desarrollar, implementar y evaluar un programa integral de intervención psicológica y estimulación cognitiva dirigido a mujeres cuidadoras primarias informales de pacientes sometidos a hemodiálisis, con el propósito de mejorar su bienestar emocional y optimizar las funciones cognitivas, contribuyendo así a un cuidado más efectivo y sostenible para ambas partes involucradas.

## **4.4 Objetivos específicos**

Evaluar de manera integral el desempeño cognitivo de mujeres cuidadoras primarias informales de pacientes sometidos a hemodiálisis, considerando factores como atención, memoria y funciones ejecutivas, mediante pruebas neuropsicológicas validadas.

Analizar y cuantificar la sintomatología depresiva y de ansiedad presente en mujeres cuidadoras primarias informales de pacientes hemodializados, utilizando instrumentos de evaluación estandarizados y reconocidos en el ámbito neuropsicológico.

Medir el nivel de sobrecarga percibido por las mujeres cuidadoras primarias informales, considerando factores físicos y emocionales, mediante herramientas validadas en la literatura científica.

Determinar el nivel de dependencia de los pacientes hemodializados bajo el cuidado de las

mujeres cuidadoras primarias informales, empleando escalas y criterios de evaluación establecidos en investigaciones previas.

Desarrollar e implementar un programa de intervención psicológica y de estimulación cognitiva específicamente diseñado para mujeres cuidadoras primarias informales de pacientes sometidos a hemodiálisis, basado en las mejores prácticas y enfoques actuales en la rehabilitación neuropsicológica.

Evaluar la participación y el nivel de compromiso de las mujeres cuidadoras primarias informales en el programa de intervención, utilizando registros de asistencia, retroalimentación y observaciones directas.

Analizar los efectos del programa de intervención en el desempeño cognitivo de las mujeres cuidadoras primarias informales, así como en la sintomatología depresiva y de ansiedad, mediante comparaciones pre y post intervención.

Explorar y evaluar la correlación entre las diferentes variables evaluadas, identificando posibles relaciones y patrones que contribuyan a una comprensión más completa de los factores involucrados en el cuidado de pacientes hemodializados por parte de mujeres cuidadoras primarias informales.

#### **4.5 Hipótesis**

Ho. La implementación del programa de intervención psicológica y de estimulación cognitiva en cuidadoras primarias informales de pacientes hemodializados no produce una disminución significativa en los cambios cognitivos y la sintomatología asociada al estado de ánimo depresivo y ansioso.

Hi. Contrariamente, se espera que la aplicación del programa de intervención psicológica y de estimulación cognitiva en cuidadoras primarias informales de pacientes hemodializados conduzca a una disminución significativa de los cambios cognitivos y la sintomatología asociada al estado de ánimo depresivo y ansioso.

#### **4.6 Tipo y diseño de investigación**

La propuesta se enmarca en un estudio de diseño mixto que combina elementos preexperimentales y cualitativos (mediante análisis de contenido). Se trata de un estudio transversal, con un diseño de preprueba-posprueba, y se utilizará una muestra seleccionada por conveniencia.

#### **4.7 Participantes**

Un grupo compuesto por 18 mujeres adultas mayores de 30 años que desempeñan el rol de cuidadoras primarias informales de pacientes sometidos a hemodiálisis participó en el estudio.

Las participantes fueron reclutadas en las unidades de atención especializada UNEME de hemodiálisis ubicadas en Cuernavaca, Morelos. La clínica facilitó la identificación y derivación de las cuidadoras, y, mediante una entrevista y la aplicación de los criterios de inclusión, se conformó el grupo de estudio.

#### **4.8 Criterios de inclusión**

- Ser cuidador primario de una persona sometida a hemodiálisis.
- Mujeres con edades comprendidas entre 32 y 62 años.
- Presentar alteraciones metabólicas bajo control médico (diabetes, hipertensión, dislipidemias o alteraciones de la tiroides).
- Carecer de antecedentes neurológicos.
- No tener antecedentes psiquiátricos.
- Contar con corrección en la visión y/o audición.

#### **4.9 Instrumentos, técnicas y estrategias utilizados en el diagnóstico y/o en el propio proceso de intervención.**

Para fines del presente estudio se aplicaron los siguientes instrumentos:

La escala de Zarit, que permite medir el nivel de sobrecarga subjetiva de los cuidadores

de personas de dependientes y consta de 22 ítems con respuesta tipo escala Likert (Zarit, et al., 1980).

La sobrecarga puede presentarse asociada con el cuidado de pacientes crónicos con diferentes niveles de dependencia, lo cual puede ser un factor de riesgo de sintomatología depresiva y/o ansiosa.

Las escalas de depresión y ansiedad de Beck, para evaluar los niveles de sintomatología depresiva y de ansiedad (Beck, Rush, Shaw, & Emer, 1979).

Para conocer el nivel de autonomía y dependencia que tienen los enfermos de las CPI se utilizó el Índice de Barthel (Baztán, González, & Del Ser, 1994) y la escala de Lawton Brody (Lawton, 1969).

La escala Midas para la evaluación de un grupo cognitivo – social. Es una escala utilizada para evaluar los cambios que ocurren en personas con deterioro cognitivo que reciben una intervención como parte de un grupo. La cual, permite medir los avances desde un enfoque observacional mediante cinco componentes: nivel de interés, conciencia e interacción, intención hacia la actividad, participación y disfrute de la actividad que muestra cada integrante del grupo, lo que permite tomar en cuenta las características y desempeño individual de los participantes (Mcdermott, Orrell, y Ridder, 2014).

El Neuropsi atención y memoria. Batería que cuenta con datos normativos de 6 a 85 años en población hispanohablante para la evaluación de los subprocesos de atención, funciones ejecutivas y memoria; considera el nivel de escolaridad, permite evaluar los procesos de atención, memoria y funciones ejecutivas en pacientes geriátricos, psiquiátricos y neurológicos (Ostrosky, y cols, 2012).

#### 4.10 Enfoque de intervención

La intervención se basa en un modelo integral que combina psicoeducación y estimulación cognitiva. Se incorporan estrategias cognitivo-conductuales, junto con un espacio catártico facilitado mediante la implementación de grupos focales. Estos grupos se derivan de las dimensiones de las alteraciones en el estado de ánimo depresivo y ansioso, así como de las estrategias de afrontamiento. Estos elementos se integran de manera coherente en el marco de la intervención cognitivo-conductual, con el objetivo primordial de promover una adaptación más saludable a la condición de cuidador primario informal.

#### 4.11 Esquema general del programa de intervención

<i>Número de sesión</i>	<i>Contenidos</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>
1-3	<p>Conocimiento del paciente hemodilizado y su dependencia.</p> <p>Conocimiento del cuidador primario informal y la sobrecarga.</p> <p>Conocimiento de los cambios cognitivos y emocionales en el envejecimiento.</p>	<p>Concientizar a las cuidadoras primarias informales sobre su rol y como este puede afectar sus estados de ánimo y funciones cognitivas.</p> <p>Concientizar sobre la importancia de una intervención en sus estados de ánimo, resolución de conflictos y procesos de memoria, atención y funciones ejecutivas</p>	<p>Psicoeducación</p>
4,6,8,10,12,14,16,18	<p>Conocimiento sobre la racionalidad de las emociones.</p> <p>Conocimiento de resolución de conflictos</p>	<p>Aprender a identificar el porqué de sus emociones.</p> <p>Modificar sus pensamientos disruptivos.</p> <p>Aprender a buscar varias maneras de solucionar sus</p>	<p>Terapia ABC de Ellis.</p> <p>Identificación de pensamiento irracionales y reestructuración cognitiva.</p> <p>Terapia de solución de</p>



5,7,9,11,13,15,17,19	Aprender diferentes maneras de estimular sus funciones de memoria, atención y funciones ejecutivas	problemas cotidianos. Ser autónomas para estimular su memoria, atención y funciones ejecutivas	problemas. Estimulación cognitiva
20	Cierre de la intervención	Análisis de todo lo aprendido en la intervención	

**Nota:** El anexo 1 muestra el desglose de la totalidad de sesiones, donde cada una tiene un nombre, objetivo, materiales de apoyo, etc.

## 4.12 Escenario

UNEME de Hemodiálisis de la Ciudad de Cuernavaca, Morelos.

## 4.13 Procedimiento

Una vez seleccionados los participantes, se llevó a cabo una sesión informativa para explicar los objetivos y procedimientos de la investigación. La evaluación de los participantes se realizó mediante diversos instrumentos por profesionales en psicología, utilizando un enfoque híbrido que combinó plataformas electrónicas y evaluaciones presenciales, principalmente para la evaluación neuropsicológica, en concordancia con las disposiciones sanitarias debidas a la pandemia de COVID-19.

Tras obtener las evaluaciones del estado emocional y cognitivo de los participantes, se diseñó e implementó un programa de intervención durante un período de seis meses, con el siguiente cronograma:

Enero, febrero y marzo: Sesiones informativas y sensibilización sobre la importancia de la salud mental para las Cuidadoras Primarias Informales (CPI), junto con una evaluación de diagnóstico.

Abril a Septiembre: Implementación del programa de intervención, que consistió en 24 sesiones individuales semanales (Gómez, Castro, & Tasipanta, 2018). Se intercalaron sesiones grupales de reflexión como estrategia catártica en la fase emotivo-racional.

Después de seis meses de intervención, se realizó una segunda evaluación utilizando los mismos instrumentos y procedimientos que la evaluación inicial. Se proporcionó un informe final a las cuidadoras

y al hospital, documentando las estrategias de intervención que contribuyeron a minimizar las alteraciones emocionales y cognitivas derivadas de la carga del cuidador.

El programa de intervención se estructuró con 20 sesiones distribuidas estratégicamente para abordar de manera integral las necesidades de las CPI.

#### **4.13.1 Duración de las sesiones.**

<b>Psicoeducación</b> 20 - 30 minutos.	<b>Terapia Emotiva-Racional</b> para Resolución de conflictos. 40-50 minutos.	<b>Estimulación cognitiva</b> para memoria, atención y funciones ejecutivas. 30-40 minutos.
---	---	---

#### **4.14 Aspectos éticos**

Entre los aspectos éticos que contempla el proceso de evaluación, así como el programa de intervención y su seguimiento, la investigación se apegó a los principios de la declaración de Helsinki para la investigación en humanos (2013), los cuales fueron incorporados al consentimiento informado que cada participante firmó.

#### **4.15 Tipo de análisis**

Con el propósito de analizar la información recabada, tanto cualitativa como cuantitativa, se implementaron diversos análisis de resultados.

Para la obtención de información cualitativa durante las sesiones grupales de la fase de intervención emotivo-racional, se empleó la técnica de análisis de discurso, comúnmente utilizada en este tipo de intervenciones (Silveira et al., 2015). Esta técnica permitió identificar y categorizar (tanto de manera principal como secundaria) las distintas dimensiones exploradas, revelando similitudes y diferencias en el discurso de cada cuidadora.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis hermenéutico para atribuir sentido y significado psicológico a las realidades subjetivas emergentes de la experiencia de ser cuidadora informal de un paciente hemodializado. Este análisis se centró en cada discurso de cada sesión de cada cuidadora, abordando temas como técnicas de relajación y los vínculos entre la cuidadora y sus familiares, así como la relación con el paciente enfermo.

En cuanto al análisis cuantitativo, se recopilaron los resultados de los diversos instrumentos aplicados, y se procedió a realizar un vaciado de información en el software SPSS. Se buscaron rangos, medias y se utilizó la correlación de Spearman para evaluar la relación entre las variables. Además, se empleó la prueba de Wilcoxon para comparar los resultados del pretest y post-test.

La selección de las participantes se realizó después de la presentación del proyecto a las autoridades de la UNEME de Hemodiálisis de Cuernavaca, Morelos. Se invitó y evaluó a cuidadoras informales, todas ellas familiares de primer grado (madres, esposas y hermanas) de pacientes en hemodiálisis. De las 300 cuidadoras primarias informales, 20 accedieron a participar. Lamentablemente, dos cuidadoras abandonaron el estudio debido al fallecimiento de los pacientes en hemodiálisis a los que asistían, sin completar su evaluación diagnóstica.

La primera etapa del programa de intervención consistió en realizar evaluaciones diagnósticas para caracterizar las afectaciones emocionales y cognitivas de las participantes. Estas evaluaciones se llevaron a cabo en 3-5 sesiones con cada cuidadora, abordando aspectos como orientación, atención, concentración, memoria de trabajo, codificación y evocación de la memoria, y funciones ejecutivas. Se aplicaron cuestionarios y/o escalas de depresión y ansiedad, la escala de Zarit para medir la sobrecarga, y las escalas de Barthel y Lawton para evaluar el grado de dependencia de sus familiares.

Cada evaluación se realizó de manera individual, y se dedicaron sesiones adicionales en algunos casos para concluir la evaluación. En cada sesión, se aclararon dudas sobre las pruebas y se proporcionó información sobre la fecha de entrega de los resultados, finalizando con un cierre en cada sesión.

Posterior a las evaluaciones, y durante el proceso de calificación e interpretación de las pruebas aplicadas, se inició la estructuración de las diferentes sesiones del programa de intervención psicoeducativa y de estimulación cognitiva. A continuación, se presenta el contenido y temario que integra el programa de intervención.

## Capítulo 5. Resultados

Una vez realizada la etapa de evaluación diagnóstica y la realización de la estructura general y temática del programa de intervención se dio paso a la segunda etapa y se inició con la implementación de dicha intervención.

De esta forma, la muestra final quedó integrada por 18 cuidadoras informales, contaban al momento de la evaluación diagnóstica con los siguientes valores promedios en las diferentes características demográficas y medidas realizadas, como se muestra a continuación en la siguiente tabla:

### Promedio grupal de las características demográficas y medidas de cada variable de la evaluación de dx.

		<i>Rango</i>
<i>No. CPI</i>	CPI-18	
<i>edad</i>	57	32-74
<i>Sexo</i>	Femenino	Femenino
<i>Años de estudio</i>	8	0-18
<i>Años de cuidado</i>	4	1-21
<i>Depresión de Beck</i>	Leve	Leve-moderada
<i>Ansiedad de Beck</i>	Leve	leve-moderada
<i>Escala de Zarit</i>	Sobrecarga ligera	Ligera-intensa
<i>Neuropsi</i>	Alteración leve	Normal-severa
<i>Índice de Barthel</i>	Dependencia moderada	Moderada-severa
<i>Escala de Lawton &amp; Brody</i>	Dependencia moderada	Moderada-severa

Como podemos observar, el grupo de 18 cuidadoras, está conformado por una media de 57 años, 8 años de estudio, 4 años de cuidado. Los rangos de sus estados de ánimo de depresión y ansiedad van de baja a moderada, mientras la variable de sobrecarga presenta rangos que van de ligera a intensa, de igual modo los rangos de su desempeño cognitivo muestran a las cuidadoras con normalidad y severidad; por último, la dependencia de su familiar va desde lo autónomo a lo severo.

### **5.1 Resultados de estados de ánimo, sobrecarga y desempeño cognitivo**

Como se ha dicho, la variable de sobrecarga puede presentarse o no en las CPI por lo que es importante evaluar, aunque no sea un criterio de inclusión, ya que esta se puede presentar cuando hay alteraciones en estados de ánimo y repercutir en el desempeño cognitivo. Los resultados de las diferentes variables evaluadas se describen en la Tabla 1.

De un total de 18 cuidadoras informales de pacientes en hemodiálisis, se encontró con la existencia de tres tipos de sobrecarga divididos en los siguientes porcentajes: ausencia de sobrecarga 22% (4 cuidadoras), sobrecarga ligera con un 39% (7 cuidadoras) y una sobrecarga intensa con 39 % (7 cuidadoras).

Respecto a la sintomatología de los estados de ánimo depresivo y ansioso; en ambas variables se obtuvieron los mismos resultados, siendo el 83% (16 cuidadoras) de las cuidadoras las que presentan una depresión y ansiedad que va de baja a leve y solo el 17% (2 cuidadoras) de ellas mostró una depresión y ansiedad moderada.

En su desempeño global se encontró que el 39 % (7 cuidadoras) no tiene problemas cognitivos mientras que el 61% (11 cuidadoras) ya muestran un desempeño comprometido con alteraciones leves, moderadas y severas. En cuanto a la variable de desempeño cognitivo de funciones ejecutivas y atención el 89 % (16 cuidadoras) muestran un desempeño normal y solo el 11 % (2 cuidadoras) tienen una alteración leve, en cuestión a su memoria en solo el 22 % (4 cuidadoras) hay en desempeño normal, en el

72% su desempeño tiene alteraciones leves y el 6% severas.

5.1.1 Tabla 1. Resultados de Estados de ánimo, sobrecarga y desempeño cognoscitivo de cada CPI.

<i>No. CPI</i>	<i>Puntaje depresión de Beck</i>	<i>Puntaje Ansiedad de Beck</i>	<i>Puntaje Zarit</i>	<i>Desempeño atención y funciones ejecutivas</i>	<i>Desempeño memoria</i>	<i>Desempeño total</i>
<i>CPI-1</i>	depresión leve	ansiedad muy leve	sobrecarga intensa	Normal	alteración leve	alteración leve
<i>CPI-2</i>	depresión leve	ansiedad moderada	ausencia de sobrecarga	Normal	alteración leve	alteración leve
<i>CPI-3</i>	depresión leve	ansiedad muy leve	sobrecarga intensa	Normal	alteración leve	normal
<i>CPI-4</i>	depresión leve	ansiedad muy leve	sobrecarga intensa	Normal	alteración leve	alteración leve
<i>CPI-5</i>	depresión moderada	ansiedad muy leve	sobrecarga intensa	Normal	normal	normal
<i>CPI-6</i>	depresión leve	ansiedad muy leve	sobrecarga intensa	Normal	alteración leve	normal
<i>CPI-7</i>	depresión leve	ansiedad muy leve	ausencia de sobrecarga	alteración severa	alteración leve	alteración severa
<i>CPI-8</i>	depresión leve	ansiedad muy leve	sobrecarga ligera	Normal	normal	normal
<i>CPI-9</i>	Depresión leve	ansiedad muy leve	sobrecarga ligera	Normal	alteración leve	Normal
<i>CPI-10</i>	depresión leve	ansiedad muy leve	sobrecarga ligera	Normal	alteración leve	normal
<i>CPI-11</i>	depresión leve	ansiedad muy leve	sobrecarga ligera	Normal	alteración leve	alteración leve
<i>CPI-12</i>	depresión moderada	ansiedad muy leve	sobrecarga ligera	Normal	alteración leve	alteración leve
<i>CPI-13</i>	depresión leve	ansiedad muy leve	ausencia de sobrecarga	Normal	alteración leve	alteración leve
<i>CPI-14</i>	depresión moderada	ansiedad moderada	sobrecarga ligera	alteración leve	normal	alteración leve
<i>CPI-15</i>	depresión leve	ansiedad moderada	sobrecarga intensa	Normal	normal	normal
<i>CPI-16</i>	depresión leve	ansiedad muy leve	ausencia de sobrecarga	Normal	alteración leve	alteración leve
<i>CPI-17</i>	depresión leve	ansiedad muy leve	sobrecarga intensa	Normal	alteración leve	alteración leve
<i>CPI-18</i>	depresión leve	ansiedad muy leve	sobrecarga ligera	Normal	alteración severa	alteración leve



Así mismo como la variable de SCC (tabla 1) tiene relación con las alteraciones en los estados de ánimo y desempeño cognitivo, también el nivel de dependencia que tiene el familiar en hemodiálisis tiene relación con la SCC de la CPI, lo cual ha sido descrito en la literatura subrayando que a mayor dependencia mayor será la SCC (Tripodoro, Veloso, & Llanos, 2015).

A continuación, se muestra en la Tabla 2 el nivel de dependencia de cada familiar, tanto en actividades básicas como instrumentarías de la vida diaria.

5.1.2 Tabla 2. Desglose del nivel de Dependencia de cada familiar en Hemodiálisis, según sus actividades instrumentarías y de la vida diaria

<i>No. CPI</i>	<i>Actividades instrumentales de la vida diaria (Escala Lawton Brody)</i>	<i>Actividades básicas de la vida diaria (Escala Barthel)</i>
<i>CPI-1</i>	Dependencia Moderada	Dependencia Severa
<i>CPI-2</i>	Autónomo	Dependencia Moderada
<i>CPI-3</i>	Dependencia Moderada	Dependencia Severa
<i>CPI-4</i>	Dependencia Moderada	Dependencia Moderada
<i>CPI-5</i>	Dependencia Moderada	Dependencia Moderada
<i>CPI-6</i>	Dependencia Moderada	Dependencia Moderada
<i>CPI-7</i>	Dependencia Moderada	Dependencia Severa
<i>CPI-8</i>	Dependencia Moderada	Dependencia Severa
<i>CPI-9</i>	Autónomo	Dependencia Moderada
<i>CPI-10</i>	Dependencia Ligera	Dependencia Moderada
<i>CPI-11</i>	Dependencia Moderada	Dependencia Severa
<i>CPI-12</i>	Autónomo	Dependencia Moderada
<i>CPI-13</i>	Autónomo	Dependencia Moderada
<i>CPI-14</i>	Dependencia Ligera	Dependencia Moderada
<i>CPI-15</i>	Dependencia Moderada	Dependencia Severa
<i>CPI-16</i>	Autónomo	Dependencia Moderada
<i>CPI-17</i>	Autónomo	Dependencia Moderada
<i>CPI-18</i>	Autónomo	Dependencia Moderada

Como se observa en la tabla 2, aunque todos los enfermos están con el mismo tratamiento, no todos tienen la misma dependencia. El 39 % (7 de los enfermos) aún pueden ser autónomos en sus actividades instrumentarías (manejo de objetos) aunque por circunstancias del cuidado que recibe su dependencia en actividades diarias es moderada.

Por otro lado, la gran mayoría son dependientes de su CPI, pero ninguno ha llegado a una dependencia total y solo el 33 % (6 de los enfermos) llegan a tener una dependencia severa.

Como se observa en las tablas 3, 4, 5 y 6, de manera particular, en el desempeño de los procesos cognitivos, fue importante hacer un análisis detallado de cuales subprocesos mnésicos (memoria), atencionales y ejecutivos son los más afectados en cada cuidadora y posterior a eso, agruparlos (tabla 3) para identificar mejor en que áreas se debe trabajar un poco más la parte de estimulación cognitiva.

## 5.2 Resultados detallados de la variable cognición

Tabla 3. Resultados del desempeño cognoscitivo de cada subprueba del proceso de Atención.

<i>No. CPI</i>	<i>Orientación total</i>	<i>Dígitos progresión</i>	<i>Cubos de Corsi progresión</i>	<i>Detección visual aciertos</i>	<i>Detección dígitos total</i>	<i>Series sucesivas</i>
<i>CPI-1</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Moderado	Normal
<i>CPI-2</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Moderado	Normal
<i>CPI-3</i>	Moderado	Moderado	Moderado	Normal	Normal	Normal
<i>CPI-4</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
<i>CPI-5</i>	Normal	Normal	Normal Alto	Normal	normal	normal
<i>CPI-6</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Moderado
<i>CPI-7</i>	Normal	Normal	Normal Alto	Severo	Normal	Normal
<i>CPI-8</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Moderado	Normal Alto
<i>CPI-9</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Moderado	Normal
<i>CPI-10</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
<i>CPI-11</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
<i>CPI-12</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Moderado	Normal
<i>CPI-13</i>	Moderado	Normal	Normal Alto	Normal	Severo	Severo
<i>CPI-14</i>	Normal	Moderado	Normal	Moderado	Normal	Normal
<i>CPI-15</i>	Normal	Normal Alto	Normal Alto	Normal	Normal	Normal
<i>CPI-16</i>	Normal	Normal	Normal	Moderado	Severo	Normal
<i>CPI-17</i>	Moderado	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
<i>CPI-18</i>	Normal	Normal	Normal	Moderado	Severo	Normal Alto

5.2.2 Tabla 4. Resultados del desempeño cognoscitivo de Funciones Ejecutivas.

<i>No. CPI</i>	<i>Formación de categorías</i>	<i>Fluidez verbal semántica (reclasificada)</i>	<i>Fluidez verbal fonológica (reclasificada)</i>	<i>Fluidez no verbal total (reclasificada)</i>	<i>Funciones motoras total</i>	<i>Stroop tiempo interferencia (reclasificada)</i>	<i>Stroop aciertos interferencia (reclasificada)</i>
<i>CPI-1</i>	Normal	Moderada	Moderado	Severo	Normal	Moderado	Severo
<i>CPI-2</i>	Normal	Moderada	Moderado	Severo	Normal	Moderado	Severo
<i>CPI-3</i>	Normal	Moderada	Moderado	Severo	Moderado	Severo	Moderado
<i>CPI-4</i>	Normal	Normal Alto	Normal Alto	Normal alto	Normal	Normal Alto	Severo
<i>CPI-5</i>	Normal	Normal Alto	Moderado	Severo	Severo	Severo	Severo
<i>CPI-6</i>	Normal	Normal	Normal	Moderado	Moderado	Moderado	Severo
<i>CPI-7</i>	Normal	Severo	Moderado	Moderado	Normal	Moderado	Severo
<i>CPI-8</i>	Normal Alto	Moderada	Severo	Severo	Normal	Normal	Normal
<i>CPI-9</i>	Normal	Normal	Moderado	Moderado	Normal	Severo	Severo
<i>CPI-10</i>	Normal	Moderada	Severo	Severo	Normal	Severo	Severo
<i>CPI-11</i>	Normal	Normal Alto	Normal Alto	Normal	Severo	Normal Alto	Severo
<i>CPI-12</i>	Normal	Moderada	moderada	Severo	Normal	Moderado	Severo
<i>CPI-13</i>	Normal	Severo	Severo	Severo	Normal	Normal	Normal
<i>CPI-14</i>	Normal	Moderada	Severo	Moderado	Severo	Moderado	Severo
<i>CPI-15</i>	Normal	Normal Alto	Moderada	Severa	Normal	Severo	Normal
<i>CPI-16</i>	Normal	Normal	Normal	Normal alto	Moderado	Normal	Normal
<i>CPI-17</i>	Normal	Normal	Moderado	Moderado	Normal Alto	Moderado	Severo
<i>CPI-18</i>	Normal	Moderada	Moderado	Severo	Normal	Moderado	Moderado

5.2.3 Tabla 5. Resultados del desempeño cognoscitivo de Memoria Parte 1

<i>No. CPI</i>	<i>Dígitos regresión</i>	<i>Curva Memoria codificación volumen promedio</i>	<i>Curva Memoria codificación volumen promedio</i>	<i>Pares asociados codificación volumen promedio</i>	<i>Memoria Lógica codificación promedio historias</i>	<i>Figura Semicompleja / Rey- Osterreith codificación</i>	<i>Caras codificación</i>
<i>CPI-1</i>	Normal	Normal	Moderado	Normal	Severo	Severo	Severo
<i>CPI-2</i>	Normal	Normal	Moderado	Normal	Severo	Severa	severo
<i>CPI-3</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Severo	Normal
<i>CPI-4</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Severo	Normal
<i>CPI-5</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Severo	Normal
<i>CPI-6</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Severo	Severo
<i>CPI-7</i>	Normal	Normal	Moderado	Normal	Normal	Severo	Normal
<i>CPI-8</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Moderado	Severo	Severo
<i>CPI-9</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Moderado	Severo	Normal
<i>CPI-10</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Severo	Normal
<i>CPI-11</i>	Normal	Normal	Moderado	Normal	Normal	Severo	Normal
<i>CPI-12</i>	Normal	Normal	Moderado	Normal	Severo	Severo	Severo
<i>CPI-13</i>	Normal	Normal	Moderado	Normal	Normal	Moderado	Severo
<i>CPI-14</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Severo	Normal
<i>CPI-15</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Severo	Normal
<i>CPI-16</i>	Normal	Normal	Moderado	Normal	Severo	Severo	Severo
<i>CPI-18</i>	Normal	Moderado	Normal	Normal	Moderado	Severo	Moderado

5.2.4 Tabla 6. Resultados del desempeño cognoscitivo de Memoria Parte 2.

<i>No. CPI</i>	<i>Memoria verbal espontánea total</i>	<i>Memoria verbal por claves total</i>	<i>Memoria verbal reconocimiento total</i>	<i>Pares Asociados</i>	<i>Memoria Lógica evocación promedio historias</i>	<i>Figura Semicompleja / Rey- Osterreith evocación</i>	<i>Reconocimiento de caras total</i>
<i>CPI- 1</i>	Normal	Moderado	Normal	Normal	Normal	Moderado	normal
<i>CPI- 2</i>	Normal	Moderado	Normal	Normal	Normal	Moderado	Normal
<i>CPI- 3</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Moderado	Normal
<i>CPI- 4</i>	Normal	Normal	Normal Alto	Normal	Normal	Severo	Normal
<i>CPI- 5</i>	Normal	Normal	Normal Alto	Normal	Normal	Moderado	Normal
<i>CPI- 6</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Moderado	Normal
<i>CPI- 7</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Moderado	Normal
<i>CPI- 8</i>	Normal	Normal	Normal Alto	Normal Alto	Moderado	Severo	Normal
<i>CPI- 9</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal Alto	Moderado	Normal
<i>CPI- 10</i>	Normal	Normal	Normal Alto	Normal	Moderado	Moderado	Normal
<i>CPI- 11</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Severo	Normal

<i>CPI-12</i>	Normal	Moderado	Normal	Normal	Normal	Moderado	Normal Alto
<i>CPI-13</i>	Moderado	Moderado	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
<i>CPI-14</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Moderado	Normal
<i>CPI-15</i>	Normal	Normal Alto	Normal Alto	Normal	Normal	Moderado	Normal
<i>CPI-16</i>	Normal	Moderado	Normal	Normal	Normal	Severo	Normal
<i>CPI-17</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Severo	Normal
<i>CPI-18</i>	Normal	Normal	Normal	Normal	Moderado	Moderado	normal

5.2.5 Figura 3. Frecuencia de las cuidadoras en los estados de los procesos cognitivos.

PROCESO	NORMAL ALTO	NORMAL	ALTERACION LEVE	ALTERACION MODERADA	ALTERACION SEVERA
ORIENTACION TOTAL		14	1	1	
DIGITOS EN PROGRESION	1	15	1	1	
DETECCION VISUAL DE ACIERTOS	3	13	1	1	
DETECCION VISUAL TOTAL		13	1	3	1
SERIES SUCESIVAS		9	1	5	3
FORMACION DE CATEGORIAS	2	14	1	1	
FLUIDEZ VERBAL SEMANTICA (RECLASIFICADA)	1	16	1		
FLUIDEZ VARBAL FONOLOGICA (RECLASIFICADA)	3	4	1	8	2
FLUIDEZ NO VERBAL TOTAL (RECLASIFICADA)	1	3	1	8	4
FUNCIONES MOTORAS TOTAL	1	1	1	4	9
STROOP TIEMPO INTERFERENCIA (RECLASIFICADA)	2	10	1	3	2
STROOP CIERTOS INTERFERENCIA (RECLASIFICADA)	2	4	1	7	4
DIGITOS REGRESION		4	1	2	11
CUBOS DE CORSI REGRESION	3	14	1		
CURVA MEMORIA CODIFICACION VOLUMEN PROMEDIO	1	15	1	1	
PARES ASOCIADOS CODIFICACION VOLUMEN PROMEDIO		10	1	7	
MEMORIA LOGICA CODIFICACION PROMEDIO HISTORIAS		17	1		
FIGURA SEMICOMPLEJA/REY OSTERREITH CODIFICACION	1	11	1	2	3
CARAS CODIFICACION			1	1	16
MEMORIA VERBAL ESPONTANEA TOTAL		9	1	1	7
MEMORIA VERBAL POR CLAVES TOTAL		16	1	1	
MEMORIA VERBAL POR RECONOCIMIENTO TOTAL	1	11	1	5	
PARES ASOCIADOS EVOCACION TOTAL	4	13	1		
MEMORIA LOGICA EVOCACION PROMEDIO	1	16	1		
HISTORIAS	1	13	1	3	
FIGURA SEMICOMPLEJA/REY OSTERREITH CODIFICACION EVOCACION		1	1	11	1
RECONOCIMIENTO DE CARAS TOTAL	1	16	1		





Por último, en la figura 4 se puede observar, cómo se encuentran de manera grupal las 18 cuidadoras en esta primera evaluación, en referencia a la variable de cognición.

Con todo esto podemos ver que la intervención en la parte neuropsicológica debía estar más enfocada en la memoria de trabajo visual y episodia y/o de evocación; sin dejar de lado la parte atencional y de funciones ejecutivas.

Cabe resaltar que en esta etapa de la intervención el trabajo fue individual, por lo que dependiendo los resultados de cada CPI se ajustaron los ejercicios de estimulación neuropsicológica.

En resumen, en la segunda etapa de la investigación, tras la evaluación diagnóstica y la estructuración del programa de intervención, se conformó una muestra final de 18 cuidadoras informales (CPI) de pacientes en hemodiálisis. Estas cuidadoras, al momento de la evaluación diagnóstica, presentaron una media de 57 años, 8 años de educación formal y 4 años de experiencia en el rol de cuidadoras.

En la evaluación diagnóstica, se observaron rangos variables en estados de ánimo (depresión y ansiedad), sobrecarga y desempeño cognitivo. Se identificaron tres niveles de sobrecarga: ausencia (22%), ligera (39%), e intensa (39%). Respecto a la sintomatología de depresión y ansiedad, el 83% mostró niveles de baja a leve, mientras que el 17% presentó niveles moderados.

En el desempeño cognitivo, el 89% demostró un rendimiento normal en funciones ejecutivas y atención, y el 61% mostró alteraciones leves, moderadas o severas en la memoria. Al analizar globalmente, el 39% no presentó problemas cognitivos, mientras que el 61% mostró desempeño comprometido.

Se evaluó la relación entre la variable de SCC y la dependencia del paciente. El 39% de los enfermos aún eran autónomos en actividades instrumentales, pero el 33% llegó a una dependencia severa.

Los resultados detallados de la variable de cognición revelaron áreas específicas de dificultad. En funciones ejecutivas, memoria y atención, se identificaron subprocesos afectados en cada cuidadora. La intervención neuropsicológica se ajustó individualmente, priorizando la memoria de trabajo visual y episódica, así como la atención y funciones ejecutivas.

La figura 4 presenta el perfil neuropsicológico grupal, destacando la importancia de centrarse en áreas específicas durante la intervención. Este enfoque individualizado busca abordar las necesidades cognitivas específicas de cada cuidadora, ofreciendo un marco integral para la adaptación saludable en su papel de cuidadoras informales.

### **5.3 Resultados posteriores a la intervención**

Una vez que las cuidadoras concluyeron con sus sesiones de psicoeducación, cognitivo conductual y estimulación cognitiva, se procedió a realizar una segunda evaluación, con el fin de conocer el estado en el que se encuentran cada una en las mismas variables evaluadas al inicio. Dicha evaluación se llevó a cabo en las mismas condiciones iniciales, se aplicaron las mismas pruebas y en el mismo orden, esto casi un año después de la primera evaluación.

Los siguientes resultados refirman lo encontrado en la primera evaluación; las cuidadoras primarias informales, cuentan con quejas objetivas y subjetivas que pueden ser mejoradas y hasta sanadas, si se llevan a cabo las siguientes acciones: un diagnóstico oportuno, estimulación en sus estados de ánimo y procesos cognitivos, hacer de su conocimiento lo que está pasando con su familiar y con ella misma y contar con una red de apoyo. De manera general, en la figura 5, se pueden observar cambios en el grupo, en variables de edad y años de cuidado, también cambios en las variables de estados de ánimo, nivel de desempeño cognitivo y sobrecarga, con una disminución en la participación en el programa. De intervención.

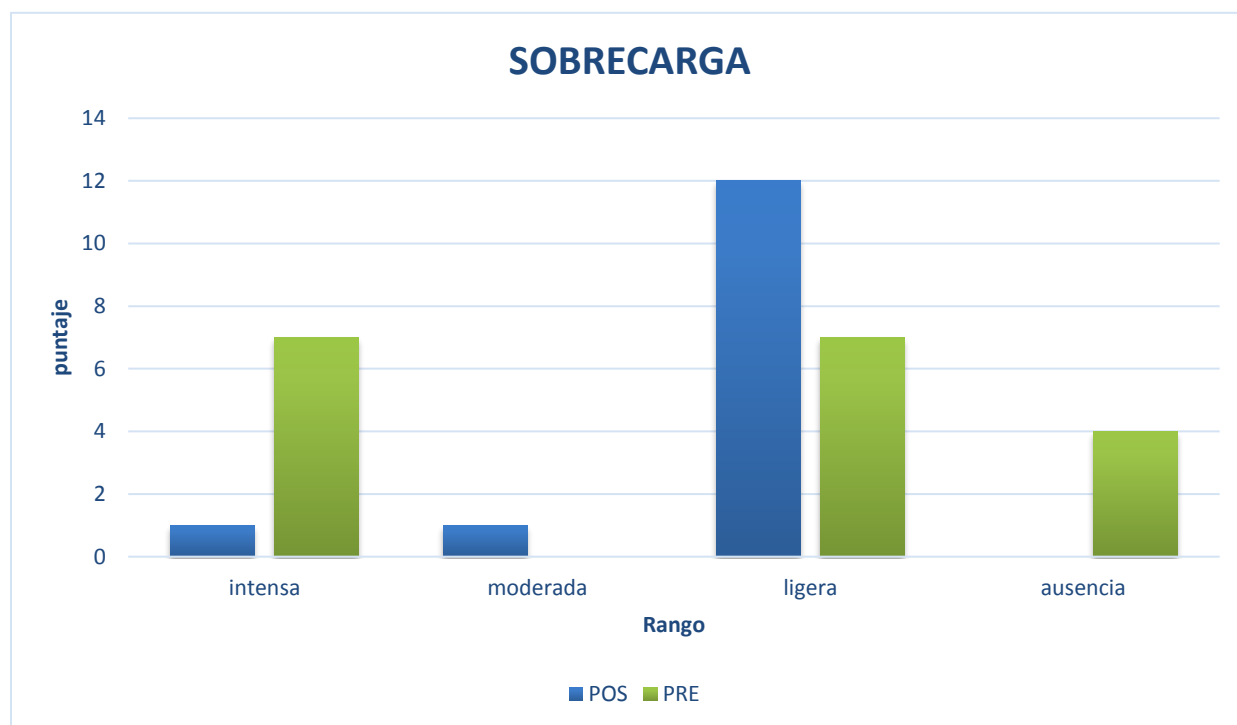
5.3.1 Figura 5. Resultados generales de la segunda evaluación

Cuidadora	Edad	Años de estudio	Años de Cuidado	SCC	Nivel de Dependencia de su familiar (enfermo)	Desempeño Atención y Funciones Ejecutivas	Desempeño de Memoria	Desempeño cognoscitivo total	Nivel de depresion	Nivel de ansiedad
1	60	4	4	sobrecarga moderada	Dependencia Moderada/Severa	normal	alteracion leve	alteracion leve	depresion baja	ansiedad baja
4	55	12	22	sobrecarga ligera	Dependencia Moderada	normal	normal	normal	depresion baja	ansiedad baja
5	68	6	7	sobrecarga ligera	Dependencia Moderada	normal alto	normal	normal	depresion baja	ansiedad baja
6	64	6	4	sobrecarga ligera	Dependencia Moderada	normal	normal	normal	depresion baja	ansiedad baja
7	33	6	5	sobrecarga moderada	Dependencia Moderada	alteracion severa	alteracion leve	alteracion severa	depresion moderada	ansiedad moderada
8	62	0	11	sobrecarga ligera	Dependencia Moderada	normal	normal	normal	depresion baja	ansiedad baja
9	64	9	5	sobrecarga ligera	Autonomo	normal	alteracion leve	normal	depresion baja	ansiedad baja
10	75	9	16	sobrecarga ligera	Dependencia Ligera	normal	alteracion leve	normal	depresion baja	ansiedad baja
11	76	18	3	sobrecarga ligera	Dependencia Moderada	normal	normal	normal	depresion baja	ansiedad baja
13	68	0	6	sobrecarga ligera	Autonomo	normal alto	normal	normal	depresion baja	ansiedad baja
15	66	14	7	sobrecarga ligera	Dependencia Moderada	normal	normal	normal	depresion baja	ansiedad baja
16	49	18	2	sobrecarga ligera	Autonomo	normal	normal	normal	depresion baja	ansiedad baja
17	41	9	5	sobrecarga ligera	Autonomo	normal	normal	normal	depresion baja	ansiedad baja
18	52	6	4	sobrecarga ligera	Autonomo	normal	normal	normal	depresion baja	ansiedad baja

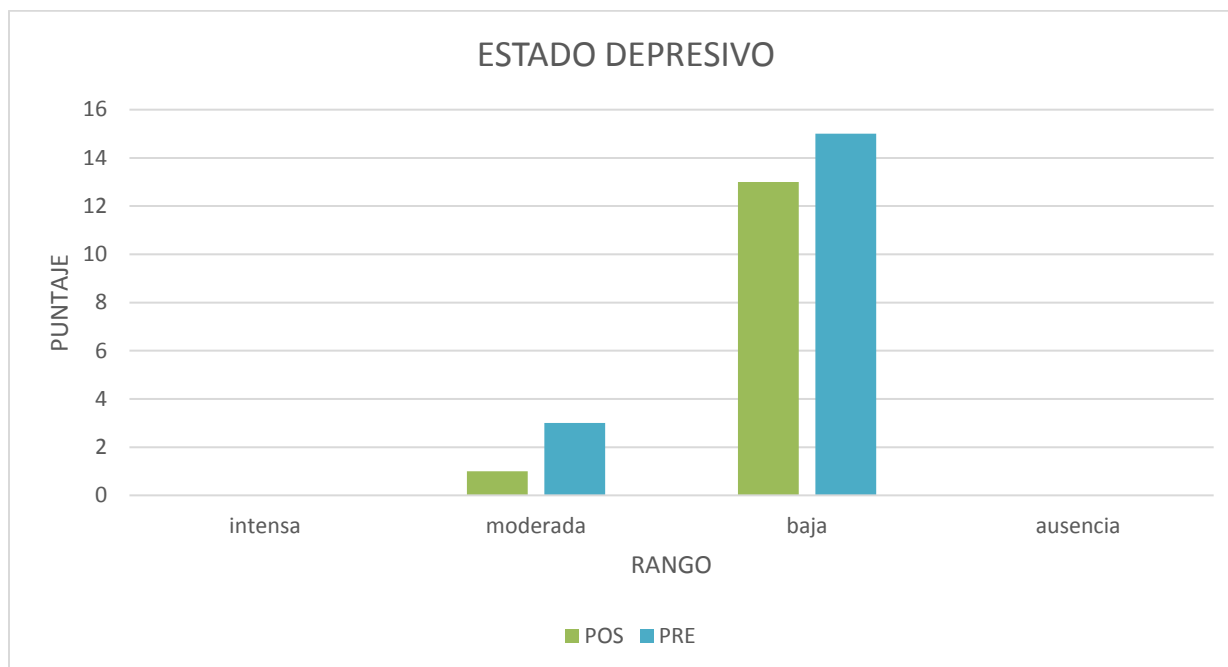
En esta segunda evaluación, lo primero que sobresale fue el decremento que tuvieron las CPI en su SCC (grafica 1); en las variables de depresión y ansiedad, los rangos grupales también muestran (grafica 2 y 3) como estos bajan respectivamente, todo esto, a pesar de que hubo un incremento en el tiempo de cuidado y dependencia de su familiar.

### 5.3.4 Gráficos 1, 2 y 3. Comparación de las variables de los estados de ánimo y sobrecarga antes y después de la intervención

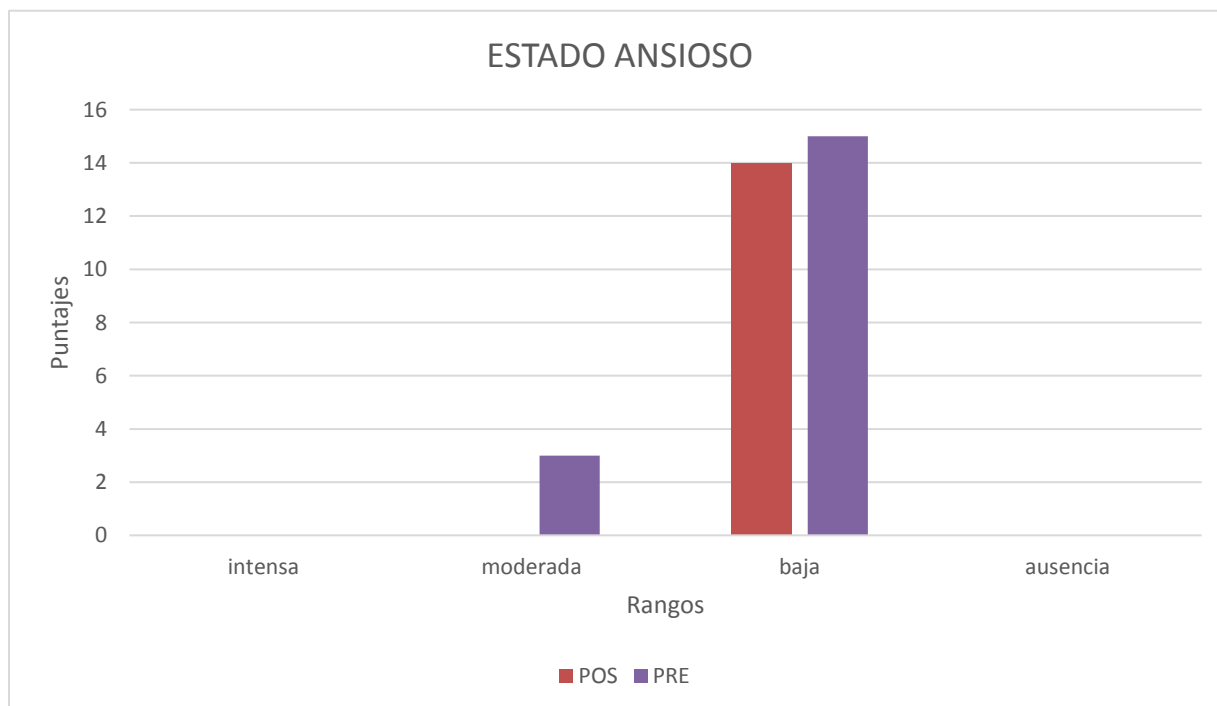
#### 5.3.4.1 Comparación de los niveles de sobrecarga (antes y después de la intervención)



### 5.3.4.2 Comparación de los niveles del estado de ánimo depresivo (antes y después de la intervención)



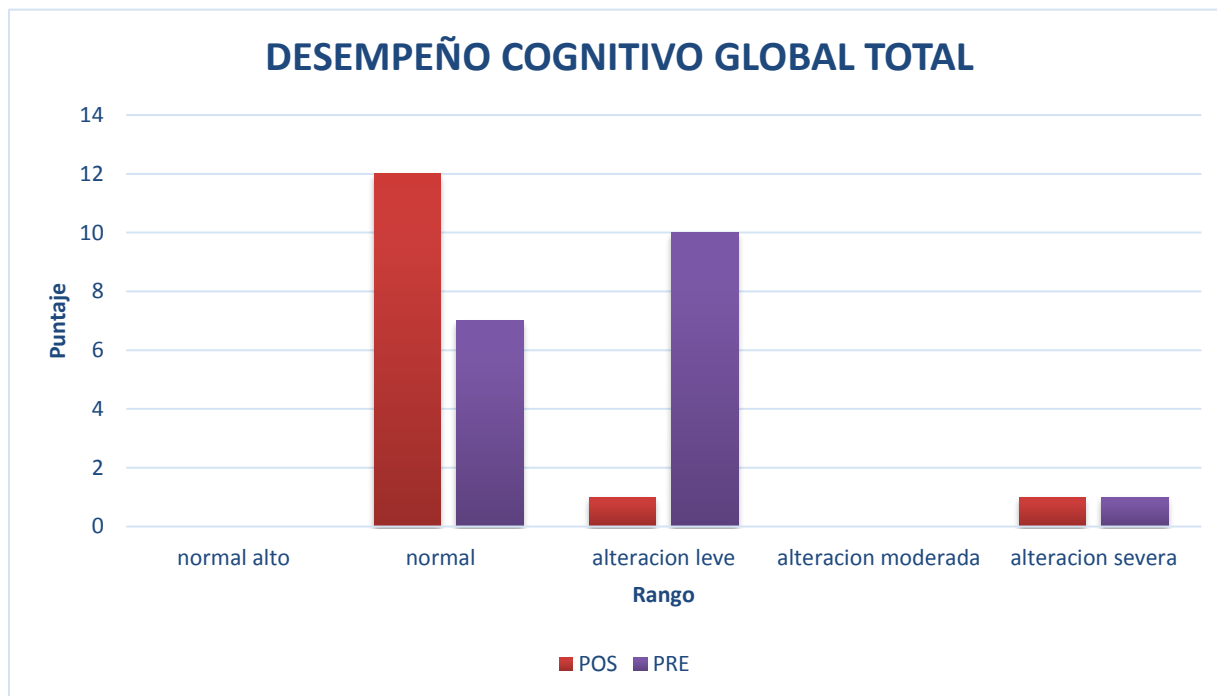
### 5.3.4.3 Comparación de los niveles del estado de ánimo ansioso (antes y después de la intervención)



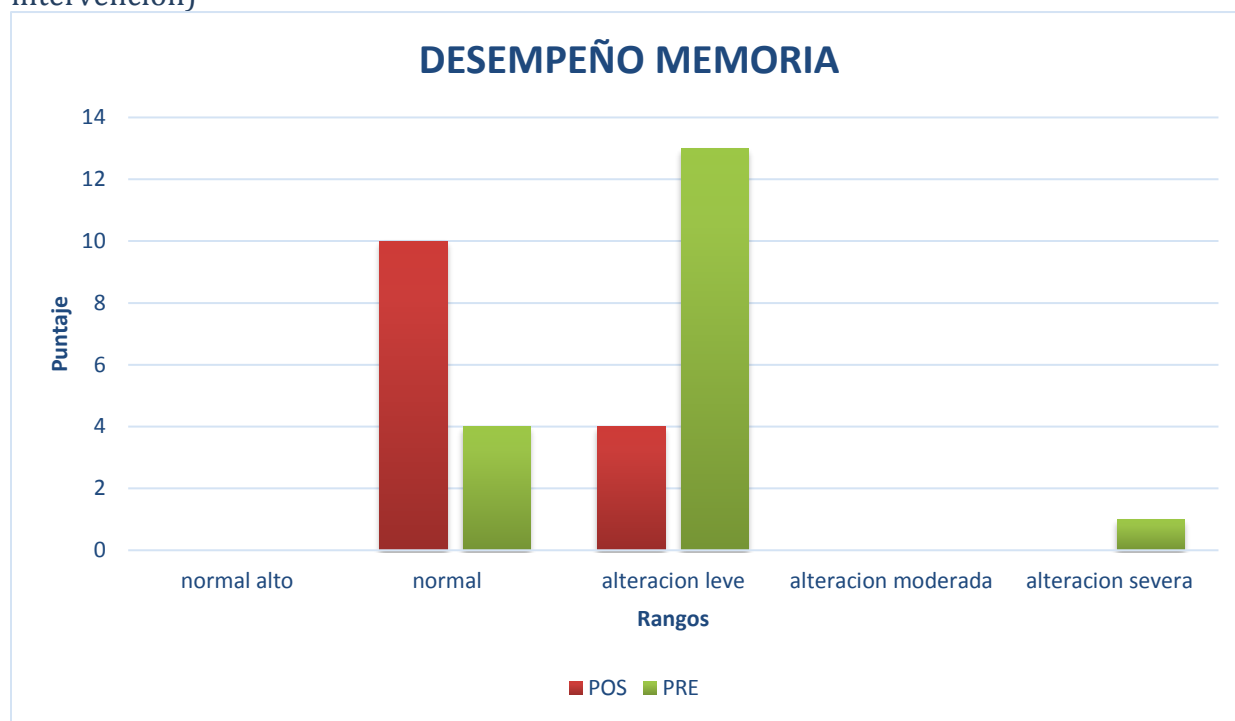
También las gráficas 4, 5 y 6 se puede observar la comparación del antes y después de la intervención en la variable de desempeño cognitivo de las CPI.

5.3.5. Gráficos 4, 5 y 6. Comparación de las variables de procesos cognitivos del antes y después de la intervención.

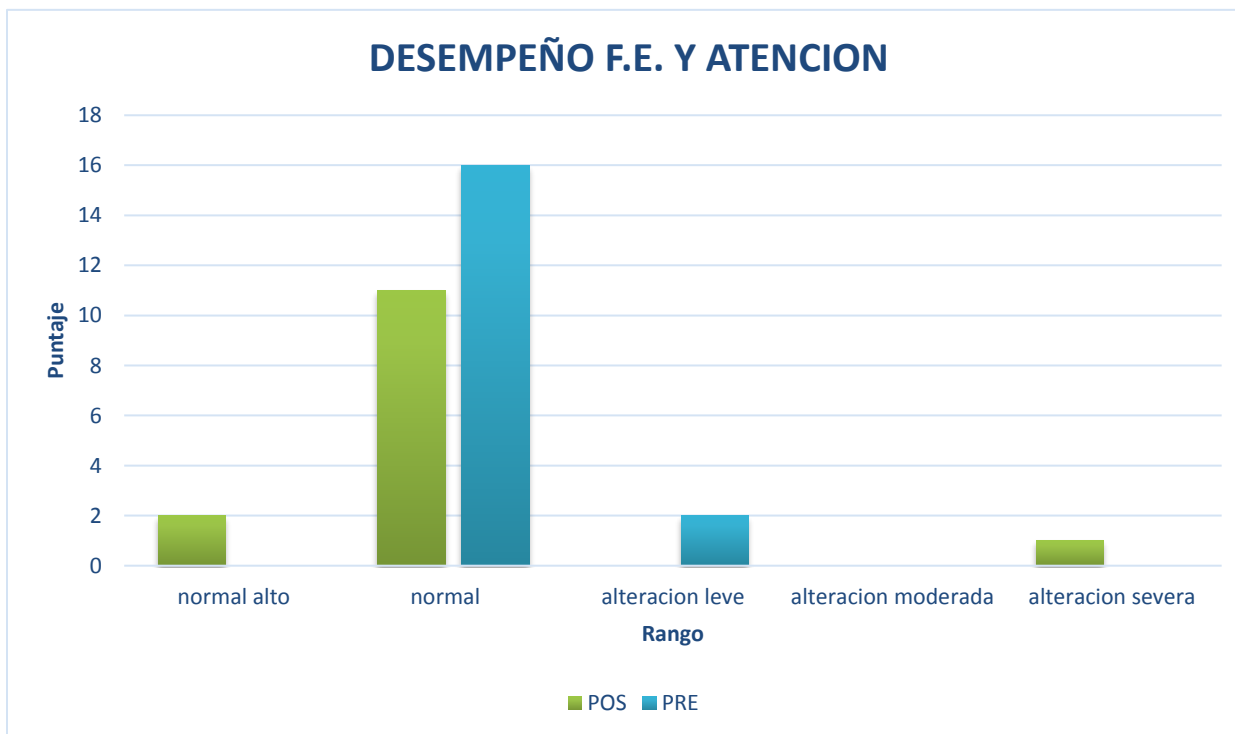
5.3.5.1 Comparación de los niveles del desempeño global cognitivo (antes y después de la intervención)



### 5.3.5.2 Comparación de los niveles del desempeño de memoria (antes y después de la intervención)



### 5.3.5.3 Comparación de los niveles del desempeño de funciones ejecutivas y atención (antes y después de la intervención)



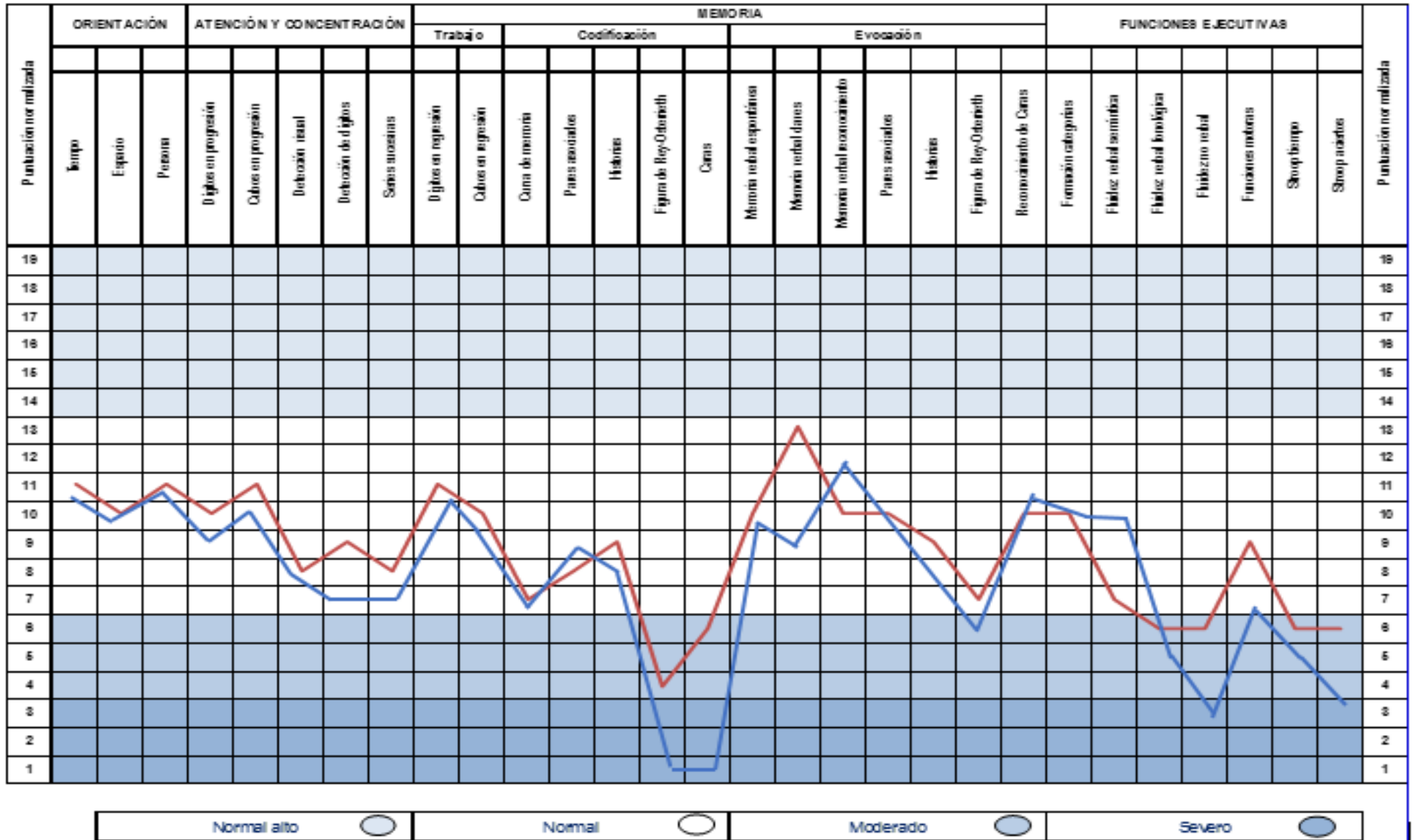
Aquí se puede observar que el desempeño global grupal de las CPI mejoró, ya que las cuidadoras con alteraciones leves lograron posicionarse en un desempeño normal o acorde a lo esperado, mientras que las cuidadoras con alteraciones severas no empeoraron.

Al realizarse una comparación del antes y después de la intervención se observa que solo dos cuidadoras no han mostrado mejoría, pero de manera grupal podemos observar que, este se ha homogenizado en su desempeño cognitivo, ya que no muestra sobresaltos de una subprueba a otra; por lo cual, podemos comenzar a observar como las CPI han logrado mejorar como comunidad.



5.3.4. Figura 6. Comparación de Perfil psicológico grupal de la batería Neuropsi. Test y Post-Test

línea Azul: Pre-Test línea Roja: Post- Test



## 5.4 Análisis estadístico. Correlación y Comparación

Como ya se observó, existen cambios en los resultados de las CPI, de manera grupal, se observa una mejoría en todas las variables, aunque para demostrar si estos cambios son significativos o no, se utilizó el software SPSS para poder realizar las correlación y comparaciones.

Este análisis estadístico fue no paramétrico, dado el tamaño de muestra; así mismo para este análisis se utilizaron las 14 cuidadoras que quedaron al final de la intervención.

### 5.4.1 Figura 7. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

#### ESTADÍSTICOS DE PRUEBA<sup>a</sup>

	PRE DEP BECK POS DEP BECK	PRE ANS BECK POS ANS BECK	PRE SCC – POS SCC	PRE BARTHEL – POS BARTHEL	PRE LAWTON – POS LAWTON	PRE F.E. Y ATEN – POS F.E. Y ATEN	PRE MEMO – POS MEMO	PRE TOTAL – POS TOTAL
<b>T DE WILCOXON</b>	.000b	.000b	-1.393c	.000b	.000b	-1414c	-2.530c	-2.333c
<b>SIG, ASINTÓTICA (BILATERAL)</b>	1.000	1.000	0.164	1.000	1.000	0.157	0.011	0.020

En este primer análisis (figura 7) podemos ver cómo, como grupo de CPI pudieron mejorar en su desempeño cognitivo.



	Sig. (bilateral)	0.017	0.017	0.096	0.117	0.507		0.118	0.105
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
POS MEMO	Coeficiente de correlación	0.439	0.439	<b>.644*</b>	0.189	0.000	0.438	1.000	0.440
	Sig. (bilateral)	0.117	0.117	0.013	0.519	1.000	0.118		0.115
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
POS TOTAL	Coeficiente de correlación	0.531	0.531	<b>.779**</b>	<b>.701**</b>	0.442	0.452	0.440	1.000
	Sig. (bilateral)	0.051	0.051	0.001	0.005	0.113	0.105	0.115	
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).									
* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).									

En este segundo análisis, se puede apreciar como la intervención si influye de manera significativa en las CPI, con los resultados presentados anteriormente y siendo todas las significaciones positivas en las variables sombreadas de verde; podemos afirmar que en el caso de las variables de estados de ánimo (depresión y ansiedad) y su relación con el desempeño de su atención y funciones ejecutivas, en cuanto las cuidadoras logran sentirse mejor sus errores en el desempeño también se aminora.

Por otro lado, vemos como la SCC si tiene una estrecha relación con las variables de estado de ánimo, cognición y nivel de dependencia, ya que en cuanto esta se aminora, también se modifican las demás variables de manera significativa.

Por consiguiente, a pesar de que el cambio fue mínimo podemos afirmar que este, es positivo y significativo. Por lo que se confirma el cumplimiento de la hipótesis de investigación.

En resumen, la segunda evaluación después de la intervención psicoeducativa, cognitivo-conductual y de estimulación cognitiva en las cuidadoras primarias informales (CPI) reveló cambios positivos en el grupo. A pesar de un aumento en el tiempo de cuidado y dependencia de sus familiares, se observó una disminución en la Sobrecarga del Cuidador (SCC), así como en los niveles de depresión y ansiedad, según lo indican las Gráficas 1, 2 y 3.

Las Gráficas 4, 5 y 6 muestran la mejora en la variable de desempeño cognitivo de las CPI. El desempeño global grupal mejoró, evidenciando que incluso las cuidadoras con alteraciones leves lograron posicionarse en un desempeño normal o acorde a lo esperado. Aunque solo dos cuidadoras no mostraron mejoría individual, a nivel grupal, se homogeneizó el desempeño cognitivo.

La Figura 6, que compara el perfil psicológico grupal de la batería Neuropsi antes y después de la intervención, confirma que la mayoría de las cuidadoras experimentaron mejoras en diversas áreas cognitivas. La línea roja del Post-Test muestra un progreso significativo en comparación con el Pre-Test.

El análisis estadístico, utilizando el software SPSS, respalda cuantitativamente estos hallazgos. La Figura 7, que presenta la Prueba de rangos con signo de Wilcoxon, demuestra la mejora significativa en el desempeño cognitivo del grupo CPI.

Las correlaciones no paramétricas post-test en la Figura 8 revelan relaciones significativas entre las variables de depresión, ansiedad, SCC y desempeño cognitivo. La disminución en estas variables de estados de ánimo se correlaciona con mejoras en la atención y funciones ejecutivas de las cuidadoras.

En resumen, los resultados apuntan a que la intervención tuvo un impacto positivo en las CPI, mejorando su bienestar emocional, cognitivo y reduciendo la sobrecarga del cuidador. Aunque algunos cambios fueron mínimos, se confirma la significancia positiva de la intervención, respaldando así la hipótesis de investigación.

## 5.5 Resultado del Análisis de Contenido

Como se mencionó anteriormente, el estudio incluye un análisis cualitativo derivado de la intervención en los estados de ánimo, mediante estrategias cognitivo-conductuales en sesiones individuales, así como en cuatro sesiones grupales que se centraron en la formación de grupos de reflexión.

El objetivo de las sesiones grupales fue explorar de manera reflexiva las diversas formas en que las cuidadoras enfrentan la tarea de cuidar a sus familiares hemodializados. Se indagaron las dimensiones de los vínculos existentes entre la cuidadora y el enfermo, así como entre la cuidadora y el núcleo familiar. Además, como punto de partida, se abordaron las estrategias de afrontamiento y relajación que las participantes han utilizado o planean utilizar.

Para facilitar el diálogo, se plantearon preguntas de apertura durante las sesiones, y se estableció un reglamento al inicio de la primera sesión, el cual se mantuvo sin ser infringido en ningún momento. Además, se respetó el comportamiento físico de las participantes, y se registraron todas las intervenciones de manera grabada, previa autorización de todas las participantes.

Finalmente, en estos grupos se evaluaron los aspectos de participación mediante la escala de MIDAS y se llevó a cabo un análisis de contenido utilizando el código Jefferson. A continuación, se presentan extractos de las experiencias, emociones y pensamientos de las cuidadoras, ofreciendo una visión más profunda de sus vivencias en diversas secciones.

En la primera sesión, se abordó el tema de relajación, ya que previamente a cada una en sus sesiones individuales se les habló sobre la respiración profunda y como esta puede ayudar a relajarse cada vez que tuviera un conflicto con su familiar enfermo o algún otro familiar nuclear.

En esta sesión se encontramos que las CPI realizaban actividades para poder **“relajarse”** o **“sentirse en paz”** o **“estar tranquilas”**, además o en complemento de la respiración profunda

(mencionada, enseñada y practicada en sesiones previas), ellas mencionaron otras actividades para hacer, como ver televisión, rezar, apartarse de las personas o caminar.

Los primeros resultados del análisis de las sesiones mostraron que solo 11 de 18 cuidadoras pensaron en que la respiración era una opción de relajamiento para ellas, pero solo 4 cuidadoras hablaron de que hicieron los ejercicios y que respirar les había ayudado, mientras que las otras 7 de las 11 que, si pensó en la respiración profunda como una opción para relajarse, no tuvo tiempo de hacer la respiración profunda, o cuando tenía que hacerla lo olvidó:

Sesión 1. Técnicas de relajación. Respiración profunda (extractos de la sesión). Diálogos:

*Psicólogo: ¡Hola a todas! Hoy retomaremos las técnicas de relajación, específicamente la respiración profunda. ¿Alguna de ustedes ha tenido la oportunidad de probarla desde nuestra última charla?*

*Cuidadora 1: Sí, lo pensé, pero sinceramente, no he encontrado el momento. Siempre parece que hay algo urgente que hacer.*

*Cuidadora 2: Yo también lo consideré, pero, sinceramente, a veces se me olvida. Mi día está tan lleno de responsabilidades que no encuentro el momento.*

*Cuidadora 3: La verdad, me pareció una buena idea, pero cada vez que intento hacerlo, algo más demanda mi atención. Parece que el tiempo siempre juega en mi contra.*

*psicólogo: Entiendo que el tiempo puede ser un desafío. ¿Alguien más tiene experiencias similares o, por el contrario, ha logrado incorporar la respiración profunda?*

*Cuidadora 4: Aunque he pensado en ello, no he logrado hacerlo. Es difícil encontrar el momento, pero estoy dispuesta a intentarlo.*

*Cuidadora 5: Sí, intenté hacerlo un par de veces. No puedo decir que haya sido consistente, pero cuando lo hice, sí sentí cierto alivio.*

*Cuidadora 6: Honestamente, no lo he probado. La idea es buena, pero siempre hay algo más en mi mente.*

*Psicólogo: Es comprensible que la vida cotidiana presente desafíos. Para las que han probado, ¿cómo se sintieron al hacerlo?*

*Cuidadora 7: Me sorprendió lo efectivo que puede ser, incluso en esos momentos breves.*

*Cuidadora 8: Sí, coincido. Cuando pude hacerlo, sentí que me ayudó a reducir la tensión.*

*Cuidadora 9: No he tenido la oportunidad, pero escuchar estas experiencias me motiva a intentarlo.*

*Psicólogo: ¡Eso es genial! A pesar de los desafíos, parece que algunas han experimentado beneficios. Sigamos compartiendo y aprendiendo juntas. ¿Alguna otra observación antes de concluir?*

*Psicólogo: Hola a todas, retomaremos el tema de la respiración profunda hoy. ¿Alguna de ustedes ha*

*intentado practicarla desde la última vez que hablamos?*

*Cuidadora 10: Sí, lo pensé, pero siempre hay algo que surge. No he tenido el momento adecuado.*

*Cuidadora 11: Aunque lo consideré, se me olvidó. Mi cabeza está llena de cosas todo el tiempo.*

*Cuidadora 12: Me pareció una buena idea, pero la verdad, entre las responsabilidades, no he tenido tiempo de hacerlo.*

---

*Psicólogo: Entiendo que el tiempo sigue siendo un desafío. ¿Alguna otra ha tenido experiencias similares o ha logrado encontrar momentos para practicar la respiración profunda?*

*Cuidadora 13: A veces pienso en hacerlo, pero nunca encuentro el momento adecuado.*

*Cuidadora 14: Lo intenté un par de veces, pero no logré hacerlo un hábito. Siempre hay algo que hacer.*

*Cuidadora 15: No he tenido la oportunidad de probarlo. Parece difícil encontrar el momento en medio de todo.*

---

*Psicólogo: Es comprensible que el tiempo sea escaso. Para aquellas que lo han intentado, ¿cómo se sintieron al hacer la respiración profunda?*

*Cuidadora 16: Aunque no lo he probado, escuchar las experiencias de las demás me motiva a intentarlo.*

*Cuidadora 17: Parece una buena idea. Cuando encuentre el momento, definitivamente lo probaré.*

*Cuidadora 18: Aún no he tenido la oportunidad, pero estoy dispuesta a darle una oportunidad.*

---

*Psicólogo: ¡Gracias por compartir sus experiencias y pensamientos! Sigamos explorando juntas. ¿Hay algo más que deseen agregar antes de concluir por hoy?*

*Psicólogo: Ahora, profundicemos en sus experiencias. Aquellas que probaron la respiración profunda, ¿pueden compartir cómo se sintieron durante y después de hacerlo?*

*Cuidadora 10: Bueno, cuando intenté hacerlo, me di cuenta de que me cuesta concentrarme. Pero después, me sentí un poco más tranquila.*

*Cuidadora 11: Aunque olvidé hacerlo la mayoría de las veces, cuando lo logré, sentí que me liberaba un poco del estrés del momento.*

*Cuidadora 12: Intenté hacerlo un par de veces, y noté que me ayudó a dejar de pensar en todas las cosas que tengo que hacer.*

---

*Psicólogo: Excelente, gracias por compartir sus experiencias. Ahora, pasemos a la siguiente parte de la sesión. ¿Alguna de ustedes ha aplicado estrategias de relajación adicionales o ha encontrado otras formas de enfrentar el estrés en su vida diaria?*

*Cuidadora 13: A veces, escucho música tranquila. Eso me ayuda a desconectar un poco.*

*Cuidadora 14: He intentado algunas técnicas de mindfulness. Aunque no siempre tengo tiempo, cuando lo hago, me ayuda a calmarme.*

*Cuidadora 15: No he probado mucho más, pero estoy abierta a sugerencias. ¿Alguna de ustedes tiene alguna técnica que funcione bien?*

---

*Psicólogo: Es genial escuchar sobre diferentes enfoques. A medida que exploramos estas estrategias, sigan compartiendo sus experiencias. Recuerden que este espacio es para apoyarse mutuamente.*

El análisis de los diálogos utilizando la técnica de código de transcripción de Gail Jefferson revela diversos aspectos relacionados con la implementación de la respiración profunda como técnica de relajación entre las cuidadoras. Aquí se presentan algunas observaciones y patrones identificados, de los cuales se derivan cuatro categorías:



**Desafíos de tiempo:**

La mayoría de las cuidadoras mencionó la dificultad para encontrar el momento adecuado debido a las responsabilidades y urgencias diarias. Expresaron frustración por la falta de tiempo, indicando que siempre hay algo más que requiere su atención.

**Olvido y Falta de Consistencia:**

Algunas cuidadoras admitieron haber olvidado practicar la respiración profunda, atribuyéndolo a la carga mental constante. Aquellas que intentaron la técnica notaron que la falta de consistencia dificulta la formación de un hábito.

**Percepciones Positivas:**

A pesar de los desafíos, algunas cuidadoras que lograron practicar la respiración profunda expresaron que experimentaron cierto alivio y reducción de la tensión. Algunas mostraron interés y motivación para intentarlo en el futuro, influenciadas por las experiencias compartidas por sus compañeras.

**Apertura a Otras Estrategias de Relajación:**

Algunas cuidadoras mencionaron el uso de otras estrategias de relajación, como escuchar música tranquila o practicar mindfulness. Se evidenció una actitud abierta hacia la exploración de diferentes enfoques para enfrentar el estrés.

En resumen, la primera sesión mostró que, aunque la mayoría de las cuidadoras enfrentan desafíos para incorporar la respiración profunda debido a la normalidad de no tener tiempo o dificultades para cuidar de ellas por cuidar de el “otro”. Además, la sesión proporcionó un espacio para compartir experiencias y explorar otras estrategias de relajación, destacando la importancia de adaptar las intervenciones a las realidades cotidianas de las cuidadoras.

## Sesión 1.2 Técnicas de relajación. Pasivas o Activas.

Para lograr bajar la tensión de la sesión, provocada por descubrir que la mayoría no realizaba la relajación profunda, se continuo con algunas preguntas, como: ¿Qué les gusta hacer, solas o acompañadas?, ¿Qué de lo que hacen, las relaja? A lo que ellas dieron diferentes respuestas, lo cual ayudo a que se identificaran algunas con otras, pues hacia las mismas cosas o les llamo la atención lo que no hacían y otras sí.

En este punto, ya podemos diferenciar que las técnicas (cosas) que hacen las CPI pasivas como: mirar la televisión; esto generaba en ellas una distracción amigable tanto para ellas, su familiar enfermo y el resto de la familia nuclear, lo que catalogo como la técnica más recurrida entre las cuidadoras, mientras que rezar estaba en segundo lugar, y esto era algo más íntimo y les genera paz y tranquilidad, y al ser actividades normalizadas dan el mismo resultado de relajación en ellas como la respiración profunda.

*Psicólogo: Hola a todas ... continuemos explorando técnicas de relajación. Esta vez nos enfocaremos en actividades tanto pasivas como activas. ¿Alguna ha tenido la oportunidad de probar alguna técnica que le resulte relajante desde la última vez que hablamos sobre la respiración profunda?*

*Cuidadora 1: Sí, desde la última vez he estado viendo más televisión. Aunque es algo simple, me ayuda a desconectar un poco de todo.*

*Cuidadora 2: Yo también he estado mirando televisión. Es como un respiro, y mi familia parece disfrutarlo también.*

*Cuidadora 3: A mí rezar me ha ayudado. Es algo más íntimo, pero me genera paz y tranquilidad.*

*Psicólogo: Gracias por compartir. ¿Alguna otra tiene experiencias similares o ha probado algo diferente?*

*Cuidadora 4: Últimamente he estado leyendo, algo que no hacía con frecuencia. Me ayuda a relajarme y sumergirme en otro mundo por un rato.*

*Cuidadora 5: Pues yo disfruto de hacer manualidades. Es como una terapia para mí, especialmente cuando estoy sola.*

*Cuidadora 6: A mí me gusta salir a caminar, especialmente en la naturaleza. Me reconecta con algo más grande.*

*Psicólogo: Son opciones maravillosas. Continuemos explorando. ¿Qué actividades les gusta hacer solas, y cuáles prefieren hacer acompañadas?*

*Cuidadora 7: Me encanta cocinar, pero es más divertido cuando lo hago con mi familia.*

*Cuidadora 8: leer es algo que disfruto sola, pero también es agradable compartirlo en un club de lectura que tengo con algunas amigas.*

*Cuidadora 9: Salir a caminar lo hago sola para tener un tiempo para mí misma.*

---

*Psicólogo: Es interesante ver cómo se mezclan las preferencias. Ahora, ¿alguna actividad en particular les ha ayudado a reducir la tensión, ya sea sola o en compañía?*

*Cuidadora 10: Ver televisión definitivamente ayuda a todos en casa a relajarse. Es como un momento de unión.*

*Cuidadora 11: La meditación ha sido algo nuevo para mí. Me ayuda a encontrar un poco de calma.*

*Cuidadora 12: Siempre encuentro paz al rezar, ya sea sola o con mi familia.*

---

*Psicólogo: Sus respuestas son valiosas. ¿Alguna otra tiene algo que desee agregar antes de concluir por hoy?*

*Cuidadora 13: Me encanta escuchar música relajante. A veces, simplemente me siento y disfruto de eso.*

*Cuidadora 14: Hacer ejercicios de respiración más simples también me funciona cuando estoy sola.*

*Cuidadora 15: A mí me gusta tejer. Es como una forma de relajación creativa.*

En la segunda sesión, se abordó el tema de las técnicas de relajación, tanto pasivas como activas, después de descubrir que la mayoría de las Cuidadoras no practicaban la respiración profunda. A través de preguntas sobre actividades que disfrutaban y que las relajan, se buscó reducir la tensión y fomentar la identificación entre las participantes.

En este subtema se observaron los siguientes patrones:

Técnicas pasivas

Mirar la televisión: Se identificó como la técnica más recurrida, generando distracción amigable.

Rezar: Ocupó el segundo lugar, siendo algo más íntimo y generando paz y tranquilidad.

Diálogos y participación: Se observa una coherencia en los diálogos, manteniendo la misma estructura y participación de las Cuidadoras. Existe una apertura a compartir experiencias y aprender unas de otras, reflejando un ambiente de apoyo.

Receptividad a Nuevas Ideas: Las Cuidadoras muestran interés en probar nuevas técnicas y están dispuestas a intercambiar consejos en futuras sesiones.

En conclusión, la sugerencia de seguir compartiendo experiencias en sesiones futuras indica un deseo de continuar explorando estrategias de afrontamiento. Así mismo la identificación de técnicas pasivas efectivas puede guiar la personalización de estrategias según las preferencias individuales y la disposición a probar nuevas técnicas sugiere una apertura al cambio y un potencial impacto positivo de futuras intervenciones.

Además, se destaca el respeto por la privacidad al compartir experiencias íntimas, evidenciando la confianza establecida en el grupo. Como recomendación se señala la importancia de continuar explorando y compartiendo estrategias de afrontamiento y de integrar nuevas técnicas de relajación en futuras

sesiones, fomentando la diversidad de enfoques. Una conclusión general de este apartado sería que la sesión logró su objetivo al reducir la tensión inicial y fomentar la participación activa. Las Cuidadoras muestran una actitud receptiva y un deseo genuino de mejorar sus habilidades de afrontamiento, destacando el impacto positivo de la intervención hasta el momento.

### Sesión 2.1.1 Vínculo entre CPI y su enfermo

A continuación, se muestran extractos de diálogos de las diferentes Cuidadoras hablando sobre sus experiencias:

*Psicólogo: En esta fase, se exploró el vínculo entre las Cuidadoras Primarias Informales (CPI) y sus familiares enfermos sometidos a tratamiento de hemodiálisis. Se buscó identificar experiencias positivas y negativas que pudieran afectar dicho vínculo.*

*Cuidadora 1: Sí, al principio no entendía mucho sobre la hemodiálisis. Pero después de aprender, siento que puedo apoyar mejor a mi familiar. Aunque, a veces, me preocupa que no esté funcionando como debería.*

*Cuidadora 2: Mi familiar a veces se muestra distante después de la hemodiálisis. No sé si es por el tratamiento o por otras cosas, pero siento que nos distanciamos.*

*Cuidadora 3: La hemodiálisis nos ha unido de alguna manera. Compartimos este desafío, y creo que eso fortalece nuestro vínculo. Pero sí, hay momentos difíciles.*

*Cuidadora 4: Mi relación con mi familiar ha mejorado. Antes no entendía completamente la situación, pero ahora estamos más conectados. Aunque a veces, las preocupaciones sobre su salud pueden afectarnos.*

*Cuidadora 5: Es difícil ver a mi ser querido pasar por la hemodiálisis, pero hemos aprendido a enfrentarlo juntos. A veces, la conexión se fortalece, pero otras veces, la fatiga emocional puede afectarnos.*

*Cuidadora 6: La hemodiálisis ha creado un vínculo más fuerte entre nosotros. Nos apoyamos mutuamente, pero hay días en que la carga emocional nos afecta.*

*Cuidadora 7: A pesar de los desafíos, creo que la hemodiálisis ha fortalecido nuestra relación. Nos comunicamos más y nos apoyamos en este viaje.*

*Cuidadora 8: A veces siento que el tratamiento nos distancia, especialmente cuando hay complicaciones. Pero en general, estamos aprendiendo a adaptarnos y fortalecer nuestro vínculo.*

*Cuidadora 9: La hemodiálisis ha sido una experiencia intensa. Hay altibajos en nuestro vínculo, pero creo que estamos más unidos al enfrentar esto juntos.*

*Cuidadora 10: Al principio, me sentía impotente frente a la hemodiálisis. Pero con el tiempo, hemos encontrado maneras de fortalecer nuestra conexión. Aunque, claro, hay días difíciles.*

*Cuidadora 11: A veces, el cansancio y el estrés nos afectan, pero creo que la hemodiálisis nos ha enseñado a ser más comprensivos y solidarios.*

*Cuidadora 12: La hemodiálisis ha impactado nuestra relación. Aprendemos a apreciar cada día juntos, pero también hay momentos de agotamiento.*

*Cuidadora 13: Nos hemos acercado más debido a la hemodiálisis. Aunque, por supuesto, hay desafíos, creo que nuestra conexión ha mejorado.*

*Cuidadora 14: La hemodiálisis nos ha enseñado a valorar la salud y el tiempo juntos. Pero hay momentos de tensión cuando los efectos del tratamiento son difíciles.*

*Cuidadora 15: La relación se ve afectada por la hemodiálisis, pero intentamos mantenernos fuertes. Compartimos experiencias y nos apoyamos, pero también hay momentos difíciles.*

*Cuidadora 16: La hemodiálisis ha creado una conexión más profunda. Nos enfrentamos a la enfermedad juntos, y aunque a veces es difícil, creo que estamos más unidos.*

*Cuidadora 17: La relación ha pasado por altibajos con la hemodiálisis. Nos esforzamos por entender y apoyarnos, pero a veces la carga emocional es abrumadora.*

*Cuidadora 18: A pesar de los desafíos, la hemodiálisis ha fortalecido nuestra relación. Nos apoyamos mutuamente, pero también reconocemos que hay momentos difíciles.*

Las experiencias compartidas reflejan una gama de emociones y desafíos en el vínculo entre las CPI y sus familiares sometidos a hemodiálisis. La intervención debe considerar estas complejidades para ofrecer un apoyo integral. Para una mejor apreciación del contexto de las CIPS, a sus testimonios se les dividió en dos grupos: uno que hablara de sus experiencias positivas o buenas y otro donde hable de sus experiencias negativas o malas.

Buen vínculo:

*Psicólogo: Hola a todas, reflexionemos sobre cómo se sienten con respecto al vínculo que tienen con sus familiares después de la hemodiálisis. ¿Alguna tiene experiencias que destaquen la fortaleza de su relación?*

*Cuidadora 1: Sí, nuestra relación ha mejorado mucho con el tiempo. Nos apoyamos mutuamente durante la hemodiálisis, y creo que hemos aprendido a comunicarnos mejor.*

*Cuidadora 2: Totalmente de acuerdo. Aprendimos a valorar los momentos juntos y a enfrentar los desafíos de manera más unida. Siento que realmente comprendo las necesidades de mi familiar ahora.*

*Cuidadora 3: La hemodiálisis fue un desafío, pero nos unió de maneras que no esperaba. Nos cuidamos el uno al otro, y la comunicación abierta ha sido clave para fortalecer nuestra relación.*

*Cuidadora 4: Al principio, pensé que sería difícil, pero ahora veo cómo la hemodiálisis nos ha hecho más fuertes. Nos entendemos sin palabras y nos apoyamos emocionalmente.*

*Cuidadora 5: La clave para nuestro buen vínculo fue aprender a adaptarnos juntas. Nos apoyamos en las buenas y en las malas, y eso ha fortalecido nuestra conexión.*

*Cuidadora 6: A pesar de los altibajos, nuestra relación ha florecido. Nos enfocamos en los aspectos positivos y celebramos cada pequeño logro. Creo que eso ha marcado la diferencia.*

Vínculo desafiante:

*Cuidadora 16: Sí, la hemodiálisis ha sido difícil para nosotros. A veces siento que nos distanciamos, y es complicado expresar nuestras emociones.*

*Cuidadora 17: La enfermedad y el tratamiento han creado una brecha entre nosotros. A veces no sé cómo abordar el tema, y eso afecta nuestra comunicación.*

*Cuidadora 18: La verdad es que no creo que tengamos un buen vínculo. La hemodiálisis ha traído más tensiones, y a veces siento que no puedo expresar mis preocupaciones sin causar más estrés.*

*Cuidadora 16: La relación ha sido desafiante. Nos cuesta encontrar momentos de conexión genuina, y a veces me pregunto si la hemodiálisis ha cambiado fundamentalmente nuestra dinámica.*

*Cuidadora 15: Hay días en los que siento que estamos desconectadas emocionalmente. La carga de la enfermedad y el tratamiento a veces nos supera, y eso afecta nuestra relación.*

*Cuidadora 14: Aunque intentamos enfrentar las hemodiálisis juntas, siento que estamos en caminos diferentes. La comunicación se ha vuelto más complicada, y eso ha debilitado nuestro vínculo.*

*Psicólogo: Es genial escuchar estas experiencias positivas. ¿Cómo han logrado construir ese buen vínculo?*

*Cuidadora 4: La clave fue aprender a comunicarnos y apoyarnos emocionalmente. Nos enfocamos en lo positivo y celebramos cada pequeño logro.*

Grupo de vinculo desafiante:

*Psicólogo: Hablemos sobre cómo se sienten con respecto al vínculo con sus familiares después de la hemodiálisis. ¿Alguna tiene experiencias que destaquen los desafíos en su relación?*

*Cuidadora 16: A veces siento que nos distanciamos más después del tratamiento. No sé cómo abordar esa brecha.*

*Cuidadora 17: La enfermedad ha creado tensiones entre nosotros. A veces no encuentro la manera de expresar mis preocupaciones sin causar más estrés.*

*Cuidadora 18: Nuestra relación ha sido desafiante. La hemodiálisis ha traído más tensiones y a veces me pregunto si realmente nos entendemos.*

*Psicólogo: Comprendo que enfrentan desafíos. ¿Cómo han intentado abordar esos desafíos para fortalecer su vínculo?*

*Cuidadora 15: Nos cuesta encontrar momentos de conexión genuina. A veces me pregunto si la hemodiálisis ha cambiado fundamentalmente nuestra dinámica.*

*Cuidadora 14: La carga de la enfermedad y el tratamiento a veces nos supera. Intentamos enfrentarlo juntas, pero siento que estamos en caminos diferentes.*

*Cuidadora 13: La comunicación se ha vuelto más complicada. A veces no sé cómo expresar mis preocupaciones sin empeorar las cosas.*

*Psicólogo: Es importante reconocer estos desafíos. Sigamos explorando maneras de superarlos y fortalecer el apoyo mutuo. ¿Alguna otra observación antes de concluir?*

El análisis de estos diálogos recreados sugiere que las Cuidadoras con un buen vínculo enfatizan la comunicación, el apoyo mutuo y la celebración de logros, mientras que aquellas con un vínculo desafiante enfrentan dificultades en la expresión de preocupaciones y la sensación de distanciamiento emocional. Estos hallazgos respaldan la necesidad de intervenciones específicas para fortalecer el vínculo en contextos desafiantes.

Por último, se abordó el vínculo entre los demás miembros de la familia y las CIP, ya que muchas de ellas son el pilar principal del núcleo familiar y también deben “cargar” con los demás miembros de la familia, el objetivo es explorar y conocer como lidian con eso, si es que los demás miembros aportan al cuidado del familiar enfermo, con tiempo, dinero y soporte emocional o por el contrario tienen recelo, frustración o completo abandono hacia su familiar. Y como todo esto repercute en la psique de la CPI.

Esto provoca un vínculo negativo entre ellas y su enfermo ya que la SCC hace que sea extenuante el trabajo y poco remunerado dejando agotadas emocionalmente a las CPI y con buenos deseos hacia su enfermo

A continuación, se muestran extractos de las experiencias contadas en las sesiones:

*Psicólogo: Hola a todas, hoy exploraremos cómo la hemodiálisis ha afectado el vínculo entre ustedes y los demás miembros de la familia que comparten el mismo hogar. ¿Alguna quiere compartir sus experiencias o preocupaciones?*

*Cuidadora 1: Desde que comenzó la hemodiálisis, he sentido cierto recelo por parte de mis familiares. No entienden completamente la carga que conlleva y a veces siento que no valoran mi papel.*

*Cuidadora 2: Sí, estoy de acuerdo. Además del estrés por el tratamiento, también enfrentamos desafíos económicos. A veces siento que los demás no comprenden cómo esto afecta nuestras finanzas.*

*Cuidadora 3: En mi caso, el cuidado del hogar se ha vuelto más complicado. Los demás miembros de la familia no siempre están dispuestos a colaborar, y eso genera tensiones.*

*Psicólogo: Comprendo que estas dinámicas pueden ser difíciles. ¿Alguna ha encontrado formas efectivas de abordar estos problemas con los demás miembros de la familia?*

*Cuidadora 4: He intentado hablar con ellos, pero a veces siento que no me entienden. Necesitamos encontrar una manera de comunicarnos mejor.*

*Cuidadora 5: Establecí algunas reglas para el cuidado del hogar, pero a veces siento que no las toman en serio. La colaboración es clave, pero no siempre es fácil lograrla.*

*Cuidadora 6: En cuanto a lo económico, he tratado de explicar la situación, pero, aun así, a veces parece que no lo comprenden completamente.*

Utilizando el código de transcripción de Gail Jefferson, es posible apreciar que aun si no se proporcionan respuestas o soluciones específicas, la sesión sugiere la necesidad de mejorar la comunicación y encontrar formas efectivas de abordar estos problemas con otros miembros de la familia. También se aprecia la complejidad de las experiencias de las Cuidadoras y resalta la importancia de encontrar estrategias efectivas para mejorar la comprensión y colaboración dentro de la familia.

Con el fin de comenzar a agrupar a las CPI para poder apreciar mejor su vínculo se hizo en una primera instancia dos grupos, un primer grupo de recelo y desafíos económicos y un segundo grupo de colaboración y comunicación efectiva. Aquí los resultados:

#### Grupo 1: Recelo y Desafíos Económicos.

*Psicólogo: Vamos a profundizar en estos temas. Aquellas que sienten recelo por parte de otros miembros de la familia, ¿pueden compartir más sobre sus experiencias?*

*Cuidadora 7: Desde que comenzó la hemodiálisis, noté cierto distanciamiento. A veces siento que no valoran mi esfuerzo y sacrificio.*

*Cuidadora 8: La carga económica es real. A veces me pregunto si entienden lo difícil que es mantenerse a flote con todos los gastos adicionales.*

*Cuidadora 9: En mi caso, los demás no siempre reconocen la importancia del cuidado del hogar en este contexto. A veces parece que asumen que todo debería seguir igual.*

*Psicólogo: Estos son desafíos significativos. ¿Cómo han abordado estos problemas con los demás miembros de la familia?*

*Cuidadora 10: He intentado hablar con ellos sobre cómo me siento, pero a veces la comunicación parece romperse.*

*Cuidadora 11: Establecí algunas reglas claras para la colaboración en el hogar, pero aún enfrentamos resistencia.*

*Cuidadora 12: En cuanto a lo económico, sigo buscando maneras de explicar la situación de manera que realmente lo entiendan.*

*Psicólogo: Hola a todas, hoy exploraremos cómo la hemodiálisis ha afectado el vínculo entre ustedes y los demás miembros de la familia que comparten el mismo hogar. ¿Alguna quiere compartir sus experiencias o preocupaciones?*

*Cuidadora 1: Desde que comenzó la hemodiálisis, he sentido cierto recelo por parte de mis familiares. No entienden completamente la carga que conlleva y a veces siento que no valoran mi papel.*

*Cuidadora 2: Sí, estoy de acuerdo. Además del estrés por el tratamiento, también enfrentamos desafíos económicos. A veces siento que los demás no comprenden cómo esto afecta nuestras finanzas.*

*Cuidadora 3: En mi caso, el cuidado del hogar se ha vuelto más complicado. Los demás miembros de la familia no siempre están dispuestos a colaborar, y eso genera tensiones.*

---

*Psicólogo: Comprendo que estas dinámicas pueden ser difíciles. ¿Alguna ha encontrado formas efectivas de abordar estos problemas con los demás miembros de la familia?*

*Cuidadora 4: He intentado hablar con ellos, pero a veces siento que no me entienden. Necesitamos encontrar una manera de comunicarnos mejor.*

*Cuidadora 5: Establecí algunas reglas para el cuidado del hogar, pero a veces siento que no las toman en serio. La colaboración es clave, pero no siempre es fácil lograrla.*

*Cuidadora 6: En cuanto a lo económico, he tratado de explicar la situación, pero aun así, a veces parece que no lo comprenden completamente.*

#### Grupo 2: Colaboración y comunicación efectiva:

*Psicólogo: Para aquellas que han encontrado formas efectivas de abordar estos problemas, ¿pueden compartir sus experiencias?*

*Cuidadora 13: Establecí límites claros y expliqué cómo pueden ayudar. Creo que la comunicación abierta es clave.*

*Cuidadora 14: Hemos tenido conversaciones honestas sobre nuestras finanzas y cómo podemos afrontar juntos los desafíos económicos.*

*Cuidadora 15: En cuanto al cuidado del hogar, organizamos reuniones familiares para discutir responsabilidades y todos están comprometidos.*

---

En este punto podemos encontrar que las experiencias del grupo 1 se caracterizan por la falta de reconocimiento y comprensión, generando recelo y sus estrategias de abordaje incluyen dificultades en la comunicación y resistencia a reglas establecidas. Mientras que el grupo 2, sus experiencias positivas resaltan la importancia de la comunicación abierta y la colaboración.

Sus estrategias exitosas incluyen establecer límites claros, discusiones honestas sobre finanzas y reuniones familiares. Estos patrones sugieren la diversidad de experiencias entre las cuidadoras, destacando la necesidad de estrategias de intervención diferenciadas para abordar los desafíos específicos de cada grupo.

En resumen, el análisis de los diálogos de las sesiones de terapia revela la complejidad de las



experiencias de las CPI que enfrentan la hemodiálisis de sus familiares. Los patrones emergentes sugieren desafíos comunes, como la dificultad para incorporar técnicas de relajación debido a la falta de tiempo, la inconsistencia y el olvido. Además, se destacan estrategias de afrontamiento, tanto pasivas como activas, que las cuidadoras utilizan para reducir la tensión, como mirar televisión, rezar, leer, hacer manualidades, salir a caminar, escuchar música relajante y practicar ejercicios de respiración.

En cuanto al vínculo entre las CPI y sus familiares sometidos a hemodiálisis, se observa una variedad de experiencias. Algunas cuidadoras destacan un fortalecimiento de la relación a través de la comunicación abierta, el apoyo mutuo y la celebración de logros. Sin embargo, otras expresan desafíos, como la sensación de distanciamiento, tensiones económicas y dificultades en la colaboración del cuidado del hogar. La intervención debe abordar estos aspectos para proporcionar un apoyo integral a las CPI.

Finalmente, al explorar la dinámica entre las CPI y los demás miembros de la familia, se identifican dos grupos: aquellos que experimentan recelo y desafíos económicos, y aquellos que logran colaboración y comunicación efectiva. La intervención debe ofrecer estrategias específicas para mejorar la comprensión y la colaboración en los hogares afectados por la hemodiálisis.

En conjunto, estos hallazgos resaltan la necesidad de intervenciones personalizadas que aborden los desafíos específicos que enfrentan las CPI, promoviendo la salud mental, la resiliencia y el fortalecimiento de las relaciones familiares en el contexto de la hemodiálisis.

## Capítulo 7. Discusión

A lo largo de este proyecto, se han explorado las complejidades que enfrentan las Cuidadoras Primarias Informales (CPI) de pacientes en hemodiálisis. Esta sección abordará las limitaciones, las ventajas, las contribuciones al campo y las sugerencias para futuras investigaciones, consolidando la comprensión integral de la intervención neuropsicológica en este contexto.

Este proyecto ha enfrentado diversas limitaciones. La necesidad de un mayor respaldo emocional y mental por parte de las instituciones de salud destaca como una limitación, agravada por el contexto histórico y de salud, como la pandemia por COVID-19 (Burgio & Fisher, 2016). La mortalidad de la población también se presenta como una barrera importante para la intervención, ya que la población participante puede disminuir abruptamente (Smith & Johnson 2018).

A pesar de las limitaciones, el estudio ha ofrece múltiples ventajas y contribuciones al campo. Adoptando un enfoque integral, se observaron mejoras en estados de ánimo, desempeño cognitivo y vínculos familiares, demostrando la eficacia de las intervenciones aplicadas. La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos enriqueció la comprensión, y la investigación proporcionó un modelo para futuros estudios en el ámbito de la neuropsicología aplicada a las CPI (Bronwn & Johnson 2018).

Conscientes de las limitaciones, se proponen mejoras para futuras investigaciones. Se destaca la necesidad de aumentar el tamaño de la muestra, abordar sesgos de respuesta y aplicar seguimientos a largo plazo. Integrar perspectivas clínicas de expertos en cuidadoras primarias informales, sobrecarga y la intervención psicológica puede enriquecer futuras investigaciones.

Analizando tanto sus resultados en las pruebas cognitivas como las dinámicas identificadas en las sesiones grupales. Un aspecto fundamental que se desprende de los resultados del NEUROPSI es la variabilidad en las capacidades cognitivas de las CPI.

En cuanto a las fortalezas, sobresalen relaciones significativas entre las variables de depresión, ansiedad, SCC y desempeño cognitivo (González, Rodrigue, & Bonilla, 2022). La disminución de síntomas depresivos y de ansiedad se correlaciona con mejoras en la atención y funciones ejecutivas de las cuidadoras. Así mismo destacan las habilidades preservadas las áreas de orientación total, dígitos en

progresión, detección visual de aciertos, formación de categorías, entre otras. Estas fortalezas cognitivas pueden servir como pilares fundamentales en la ejecución de sus labores diarias. Por ejemplo, una CPI con buen desempeño en orientación total puede ser más efectiva al recordar y organizar las citas médicas y administrar medicamentos (López, Pech, Jiménez, & Cárdenas, 2019).

Las CPI con alteraciones en funciones motoras totales podrían experimentar desafíos adicionales en el cuidado físico directo de los pacientes. La ejecución de tareas que requieran coordinación motora fina, como administrar medicamentos o realizar procedimientos médicos en el hogar, podría verse afectada (Jofre & Sanhueza, 2016).

Las alteraciones identificadas en la figura semicompleja/Rey Osterreith codificación evocación sugieren posibles dificultades en la memoria visual y habilidades visoconstructivas. Esto podría influir en la capacidad de las CPI para reconocer signos de deterioro en la salud del paciente o recordar información crucial proporcionada por los profesionales de la salud (Ponds & Hendriks, 2016).

Por otro lado, las fortalezas en áreas como la formación de categorías podrían potenciar la capacidad de las CPI para organizar y gestionar eficientemente los recursos y las tareas del hogar, optimizando el entorno para el cuidado del paciente (Villalba & Espert, 2015).

No obstante, las dificultades identificadas, tanto en las pruebas cognitivas como en el análisis de discurso, revelan la complejidad de la labor de las CPI. La intersección entre los resultados negativos en ciertas áreas cognitivas y las expresiones emocionales de las cuidadoras sugiere una relación intrínseca entre el estado cognitivo y emocional.

Las cuidadoras primarias tienden a tener riesgos mayores en cuestiones físicas y psicológicas, la depresión puede ser una de las mayores consecuencias, pasando primero por el estrés y la ansiedad (Tang et al., 2015). El estrés, la ansiedad y la depresión está asociado a diferentes alteraciones neurobiológicas, que afectan directamente al comportamiento y el humor, así como en procesos cognitivos, entre ellos memoria, atención y funciones ejecutivas (De Oliveira, 2015).

Existen evidencias de que el estrés elevado y la ansiedad influyen sobre la atención, al

incrementar el foco atencional que se dirige a la señal amenazante, propiciando el abandono de tareas previas, y sacrificando el resto de habilidades atencionales, lo que lleva a una hiperselectividad atencional. Se presenta un deterioro en la capacidad para discriminar eficazmente entre los aspectos relevantes e irrelevantes, lo que vulnera la calidad en la toma de decisiones y de los aprendizajes que se derivan de la experiencia, favorece la presencia de fallas en el almacenamiento o recuperación de información, resultando en sesgos de memoria. (Ruiz, 2005).

En este contexto, la sobrecarga emocional y cognitiva evidenciada en el contexto de la hemodiálisis subraya la necesidad de enfoques adaptados a estas cuidadoras. La intervención neuropsicológica emerge como una herramienta esencial para abordar estos desafíos, mejorando la calidad de vida y reduciendo la sobrecarga (Schulz & Eden 2016). Estrategias cognitivas, conductuales y técnicas de relajación, coherentes con las recomendaciones de expertos (Zarit, Rice-Oeschger & Kakos 2017), pueden contribuir significativamente a mitigar las dificultades identificadas.

La mejora observada en estados de ánimo, desempeño cognitivo y sobrecarga respalda la eficacia de estas intervenciones. No obstante, es esencial considerar la individualidad de las necesidades de cada CPI y adaptar las estrategias de intervención en consecuencia. La relación entre los resultados del NEUROPSI, el análisis de discurso y el desempeño diario de las CPI debería ser un aspecto central en el diseño de intervenciones personalizadas.

En resumen, la intervención neuropsicológica no solo se presenta como un componente fundamental en la atención integral de las CPI, impactando positivamente en lo emocional y cognitivo, sino que también se configura como una herramienta adaptativa que reconoce las fortalezas y aborda las dificultades identificadas. A pesar de las limitaciones, esta investigación aporta valiosos conocimientos al entendimiento de las CPI en hemodiálisis, invitando a reflexionar sobre la importancia de considerar el bienestar emocional y cognitivo para mejorar no solo la calidad de vida de las CPI sino también la dinámica familiar en su conjunto.

## Capítulo 6. Conclusión

El viaje de exploración en el ámbito de las Cuidadoras Primarias Informales (CPI) de pacientes en hemodiálisis ha brindado valiosas perspectivas sobre los desafíos que enfrentan y las intervenciones que podrían mejorar su bienestar emocional, cognitivo y la dinámica familiar en general. Este capítulo consolida las reflexiones finales y conclusiones derivadas de la investigación, integrando hallazgos clave y su relevancia en el contexto más amplio de la psicología y la neuropsicología.

Los objetivos delineados al inicio de esta investigación buscaban comprender la experiencia de las CPI en el contexto de la hemodiálisis, evaluar la efectividad de intervenciones específicas y explorar el impacto en el vínculo familiar. La realización de estos objetivos ha proporcionado una visión enriquecedora de la vida de las CPI y las complejidades asociadas con su papel.

Las contribuciones de esta investigación aportan al entendimiento actual de la salud mental y cognitiva de las CPI, proporcionando evidencia empírica sobre la eficacia de intervenciones específicas. Las mejoras observadas en estados de ánimo, desempeño cognitivo y relaciones familiares sugieren que estrategias adaptadas pueden marcar una diferencia positiva en la vida de las cuidadoras.

La hipótesis inicial postulaba que las intervenciones psicoeducativas y cognitivas mejorarían la calidad de vida de las CPI. Los resultados obtenidos brindan evidencia sustancial en apoyo a esta hipótesis, demostrando que las cuidadoras que participaron en las sesiones experimentaron mejoras significativas en diversas áreas, desde el estado de ánimo hasta la relación familiar.

La intervención no solo abordó las áreas identificadas en la literatura existente, sino que también destacó la importancia de considerar estrategias específicas, como la respiración profunda y actividades pasivas, para aliviar la carga emocional y cognitiva de las cuidadoras. Estos hallazgos respaldan la necesidad de intervenciones personalizadas que se adapten a las circunstancias individuales de cada cuidadora.

Las conclusiones de esta investigación se integran con la literatura existente en el campo de las

CPI y la hemodiálisis. Estudios anteriores, como el de Martín-Carrasco et al. (2016), subrayan la importancia de abordar la sobrecarga emocional de las cuidadoras, lo cual encuentra eco en los resultados obtenidos en esta investigación.

Además, la investigación actual se alinea con la llamada de Whitebird et al. (2017) para estrategias de intervención que aborden tanto los aspectos emocionales como cognitivos de las cuidadoras. La inclusión de sesiones de reflexión grupal y estrategias específicas, como la respiración profunda, se ajusta a esta perspectiva integral y resalta la eficacia de enfoques multifacéticos.

Se reconoce que la presente investigación no está exenta de limitaciones, como el tamaño de muestra y el sesgo de respuesta. Para abordar estas limitaciones, se sugiere la realización de futuros estudios con muestras más amplias y estrategias de reclutamiento más robustas.

En el futuro, también se podría explorar la posibilidad de intervenciones continuas y seguimiento a largo plazo para evaluar la sostenibilidad de los beneficios observados. La naturaleza longitudinal de la hemodiálisis y las demandas cambiantes sobre las CPI respaldan la necesidad de un enfoque a largo plazo para maximizar el impacto positivo.

Los resultados de esta investigación tienen implicaciones significativas tanto en el ámbito clínico como en el social. Desde una perspectiva clínica, se resalta la importancia de incluir intervenciones cognitivas y psicoeducativas en el plan de atención de las CPI, reconociendo la integralidad de su experiencia.

A nivel social, este estudio aborda la necesidad de sensibilización y apoyo comunitario para las CPI. La comprensión de sus desafíos y la eficacia de las intervenciones pueden informar políticas y prácticas que promuevan un entorno más solidario para estas cuidadoras fundamentales.

Como comentarios finales, la presente investigación destaca la necesidad apremiante de intervenciones especializadas para las cuidadoras primarias informales (CPI) que se enfrentan a la sobrecarga del cuidado y a desafíos cognitivos. A medida que examinamos los resultados obtenidos y las experiencias compartidas por las CPI, se vuelve evidente que las estrategias de intervención deben abordar no solo las dimensiones emocionales sino también las cognitivas.

La intervención neuropsicológica emerge como un componente fundamental en el apoyo a las CPI. Numerosos estudios respaldan la eficacia de las intervenciones cognitivas en la mejora del bienestar mental y la calidad de vida de los cuidadores (Gayomali, Sutherland, & Finkelstein, 2018). Estos resultados respaldan la idea de que la intervención neuropsicológica puede proporcionar herramientas y estrategias específicas para abordar los desafíos cognitivos, promoviendo así un mejor manejo de la sobrecarga del cuidador.

Es imperativo reconocer que la intervención neuropsicológica no solo aborda las dificultades individuales, sino que también contribuye a fortalecer los lazos familiares y mejorar el vínculo entre la CPI y su familiar enfermo (Saavedra, Bascón, Arias, García, & Mora, 2013).

En resumen, la intervención neuropsicológica se presenta como un pilar esencial para la mejora del bienestar integral de las CPI. La implementación de estrategias cognitivas específicas, adaptadas a las necesidades de cada cuidadora, puede marcar la diferencia en su calidad de vida y contribuir a un entorno familiar más saludable. La riqueza de los datos recopilados, los resultados obtenidos y las contribuciones a la literatura destacan la importancia de seguir investigando y abogando por el bienestar integral de las CPI.

En última instancia, este estudio no solo agrega a la base de conocimientos existente, sino que también aboga por un cambio significativo en la forma en que abordamos y apoyamos a quienes desempeñan un papel esencial en el cuidado de los pacientes en hemodiálisis.

## ANEXO 1

<b>Etapas</b>	<b>Sesión/Nombre</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>
<b>Sensibilización / Informativa</b>	Captación de participantes.	Crear conciencia y sensibilizar a las cuidadoras con riesgo de sobrecarga sobre las consecuencias de esta y su repercusión en sus estados de ánimo depresivo y ansioso su cognición.	1) Se les informa a las cuidadoras primarias sobre la importancia del cuidado de su salud emocional y cognitiva, así como el entrenamiento que debe de tener su cerebro y la manera en que afrontan y solucionar sus conflictos dados por su estilo de vida.	Diapositivas.
<b>Evaluación diagnóstica.</b>	Aplicación de pruebas para el diagnóstico.	Evaluar la sobrecarga, los estados de ánimo depresivo y ansiosos, dependencia de su familiar y el funcionamiento cognitivo de memoria, atención y funciones ejecutivas, así como el estado depresivo y las quejas de fallas subjetivas de memoria.	La evaluación se llevará a cabo en 4 o 5 sesiones con cada cuidadora Sesión 1: Se brinda la bienvenida de manera individual. Se realizada el cuestionario de fallos de memoria y se realiza una pequeña anamnesis incluida en el Neuropsi, posteriormente se inicia a evaluar la orientación, la atención y concentración, la memoria de trabajo, la codificación y evocación de la memoria, y las funciones ejecutivas. Sesión 2: Se realiza el cuestionario y/o escala de depresión (establecida para su edad) y ansiedad. Sesiones3: Se aplica la escala de Zarit para medir su sobrecarga y se aplica las escalas de Barthel y Lawton para ver el grado de dependencia que puede tener su familiar En cada sesión se aclaran dudas que pudiese tener la cuidadora y se le informa cuando se le darán sus resultados, posterior a eso se realiza la despedida.	Manual y protocolo de aplicación, protocolo de anotaciones de puntuaciones, material didáctico (láminas y cubos), color, lápiz y bolígrafo. Pruebas y escalas



<b>Etapa</b>	<b>Sesión/ Nombre</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>
<b>Devolución</b>	Devolución de resultados.	Crear conciencia y sensibilizar a las cuidadoras con riesgo de sobrecarga sobre las consecuencias de esta y su repercusión en sus estados de ánimo depresivo y ansioso su cognición.	1) Se les informa a las cuidadoras primarias sobre sus resultados y se da una interpretación de estos, concientizando sobre la importancia de trabajar en todas estas áreas para mejorar en ellas.	Hoja de resultados
<b>Etapa</b>	<b>Sesión/ Nombre</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>
<b>Intervención</b>	Sesión 1: Psicoeducación sobre el paciente hemodializado y su cuidado.	Brindar información de los cambios que se presentan en las personas con hemodiálisis, cambios físicos y psicológicos que lo llevan a la dependencia y las repercusiones que tiene el cuidar a esta persona con el paso del tiempo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se brinda el objetivo de la sesión mientras se otorga el material que utilizaran durante toda la intervención y el material específico para la sesión.</li> <li>3) Se explica como una persona puede tener una enfermedad renal y llegar a la hemodiálisis.</li> <li>4) Los cambios físicos y psicológicos y contextuales de estos enfermos y como esto genera su dependencia</li> <li>5) Se les da a conocer manera breve la importancia de su cuidado, y los conceptos de cuidador y sobrecarga.</li> <li>6) Se alienta a la participación de la cuidadora, que mencione lo que ha entendido y las dudas que tenga, explicando estas.</li> <li>7) Despedida.</li> </ol>	Díptico, diapositivas o/y video.
<b>Intervención</b>	Sesión 2: Psicoeducación sobre el cuidador primario informal y la sobrecarga del	Brindar información de lo que es un cuidador primario informal, y la sobrecarga del cuidador que se presenta y el	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se repasa los puntos importantes de la sesión pasada</li> <li>3) Se brinda el objetivo de la sesión mientras se otorga el material específico para la sesión.</li> </ol>	Díptico, diapositivas o/y video.

cuidador.	impacto que tienen en áreas de salud, económica y social.	<ol style="list-style-type: none"> <li>4) Se explica lo que es un cuidador y sus tipos formal e informal.</li> <li>5) Se habla de la sobrecarga del cuidador, porque se da y como afecta a la cuidadora primaria informal.</li> <li>6) Se les da a conocer manera breve la importancia del impacto de la sobrecarga en su estilo de vida mientras se va envejeciendo.</li> <li>7) Se alienta a la participación de la cuidadora, que mencione lo que ha entendido y las dudas que tenga, explicando estas.</li> <li>8) Despedida.</li> </ol>
-----------	---	--

<b>Etapa</b>	<b>Sesión/ Nombre</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>
<b>Intervención</b>	Sesión 3: Psicoeducación el envejecimiento y sus cambios físicos en la cuidadora primaria informal.	Brindar información de lo que es el envejecimiento y los cambios que se generan en esta etapa a nivel físico y cognitivo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se repasa los puntos importantes de la sesión pasada</li> <li>3) Se brinda el objetivo de la sesión mientras se otorga el material específico para la sesión.</li> <li>4) Se explica lo que es el envejecimiento y sus tipos patológico y exitoso.</li> <li>5) Se habla de los cambios que sufre el organismo al envejecer si se hace de manera exitosa o patológica.</li> <li>6) Se les da a conocer como la estimulación cognitiva y los cuidados de sus estados de ánimo son importantes para prevenir cualquier tipo de demencia y enfermedades crónico-degenerativas propias del envejecimiento.</li> <li>7) Se alienta a la participación de la cuidadora, que mencione lo que ha entendido y las dudas que tenga, explicando estas.</li> </ol>	Díptico, diapositivas o/y video.

---

<b>Intervención</b>	4. Encuadre de la terapia la terapia emotivo racional para solución de problemas mediante la Identificación de pensamiento irracionales y reestructuración cognitiva	Las cuidadoras primarias conocerán en que consiste esta parte de la intervención. Las cuidadoras conocerán y practicarán la respiración profunda para aplicarla a su vida cotidiana.	8) Despedida.  1) Bienvenida. 2) Se les explica a las cuidadoras primarias sobre la respiración profunda. En que consiste, sus beneficios. 3) Se practica la relajación profunda. 4) Se les explica a las cuidadoras sobre la terapia cognitivo conductual, que es cognitivo y que es un pensamiento y una emoción. Se muestra material sobre opera una persona desde un hecho hasta una conducta. 5) Se hablan de los objetivos a alcanzar con esta parte de la intervención. 6) Se alienta a la participación de la cuidadora, que mencione lo que ha entendido y las dudas que tenga, explicando estas. 7) Se encarga que haga ejercicios de respiración profunda las veces que le sean posible y se otorga un formato en donde puede escribir los pasos para realizar esta. 8) Despedida.	Diapositivas, papel y lápiz y cuadernillo.
---------------------	--	---	--	--

---

<b>Etapa</b>	<b>Sesión/Nombre</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>
<b>Intervención</b>	5. Estimulación de la memoria.	<p>Informar acerca de la memoria y los cambios que se generan con la edad y los estados de ánimo.</p> <p>Estimular la orientación y memoria cotidiana de las cuidadoras, con apoyo de estrategias de habituación, funcionalidad y planificación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se revisa la tarea sobre respiración profunda.</li> <li>3) Se comienza con el tema de memoria. Que es, como funciona y sus cambios por el envejecimiento, que aunado a los estados de ánimo depresivo y ansioso se potencializan las posibilidades con el tiempo para desarrollar un deterioro cognitivo o un proceso demencial.</li> <li>4) Se les pide que escriban en una hoja blanca, un recuerdo de hace 5 años o más y otro del día anterior.</li> <li>5) Se les pide que brinden una idea del concepto de memoria.</li> <li>6) Se les explica la relación de la actividad que realizaron de los recuerdos (ayer y 5 años previos) con el proceso de almacenamiento de recuerdos en la memoria.</li> <li>7) Se alienta a la participación de la cuidadora, que mencione lo que ha entendido y las dudas que tenga, explicando estas.</li> <li>8) Se deja una tarea sobre memoria para realizar en el hogar</li> <li>9) Despedida.</li> </ol>	Diapositivas , papel y lápiz y cuadernillo.
<b>Intervención</b>	6. Terapia ABC de Ellis.	<p>Que las cuidadoras comprendan la relación que hay entre eventos, la percepción y emoción-conducta.</p> <p>Que las cuidadoras apliquen los principios del ABC a situación de la vida cotidiana que enfrentan como cuidadores.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se revisa si pudo realizar las actividades de la memoria.</li> <li>3) Se hace una reflexión sobre la tarea.</li> <li>4) Se le muestra a la cuidadora que es la terapia ABC de Ellis y como funciona.</li> <li>5) Se le dan ejemplos de la terapia ABC de Ellis.</li> </ol>	Diapositivas , papel y lápiz y cuadernillo.

- 6) Se alienta a la participación de la cuidadora, que mencione lo que ha entendido y las dudas que tenga, explicando estas.
- 7) Se deja una tarea sobre lo visto en la sesión.
- 8) Despedida.

<b>Etapa</b>	<b>Sesión/Nombre</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>
<b>Intervención</b>	7. Enriqueciendo la memoria.	Estimular la memoria cotidiana, para generar mayor funcionalidad en las cuidadoras.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se revisa si pudo realizar la tarea sobre la terapia ABC de Ellis.</li> <li>3) Se hace una reflexión sobre la tarea.</li> <li>4) Se les pide que en una hoja de la libreta que llevan, recuerden al menos el nombre de 5 personas, su número telefónico, la fecha de cumpleaños y dirección.</li> <li>5) Se les explica una conceptualización de la memoria más compleja a la anterior.</li> <li>6) Se les proporciona las fases del proceso de memoria (registro, retención y recuerdo).</li> <li>7) Inferencia de los estados de ánimo en la memoria.</li> <li>8) Se deja una tarea sobre lo visto en la sesión.</li> <li>9) Despedida.</li> </ol>	Diapositivas , papel y lápiz y cuadernillo.
<b>Intervención</b>	8. Terapia ABC de Ellis.	Que las cuidadoras comprendan la relación que hay entre los eventos cotidianos como	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se hace una reflexión sobre la tarea.</li> </ol>	Diapositivas , papel y lápiz y cuadernillo.

cuidadora y la percepción y emoción-conducta que se desarrolla en ellas  
Que las cuidadoras apliquen los principios del ABC a situación de la vida cotidiana que enfrentan como cuidadores.

- 3) Se le muestra a la cuidadora un formato para llevar a cabo la terapia ABC de Ellis y como funciona.
- 4) Se responde el formato de la terapia ABC de Ellis para que aprenda a manejarlo.
- 5) Se alienta a la participación de la cuidadora, que mencione lo que ha entendido y las dudas que tenga, explicando estas.
- 6) Se deja una tarea sobre lo visto en la sesión.
- 7) Despedida.

<b>Etapa</b>	<b>Sesión/ Nombre</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>
<b>Intervención</b>	9. Recordando cosas importantes	Brindar estrategias de estimulación de la memoria cotidiana, así como el apoyo de ayudas externas y técnicas mnemotécnicas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se revisa si pudo realizar la tarea.</li> <li>3) Se hace una reflexión sobre la tarea.</li> <li>4) Se les pregunta, ¿qué cosas realizan a diario con el apoyo de la memoria?</li> <li>5) Se les proporciona los ejemplos: Lista de supermercado, fechas importantes (cumpleaños, aniversario), fechas de pago de servicio (agua, cable, luz, etc.), direcciones, números telefónicos, el lugar donde se guardan documentos importantes y objetos importantes.</li> <li>6) Se les brinda ayudas externas</li> <li>7) Se les recomienda utilizar estrategias mnemotécnicas, que ayuden en la conservación de la memoria.</li> <li>8) Se deja una tarea sobre lo visto en la sesión.</li> <li>9) Despedida.</li> </ol>	Diapositivas, papel y lápiz y cuadernillo

**Intervención**

10. Identificación de pensamiento irracionales y reestructuración cognitiva

Que las cuidadoras primarias reflexionen sobre los sesgos cognitivos e ideas irracionales que se asocian a estados de ánimo depresivo y ansioso y se cuestionen a sí mismos.  
Que las cuidadoras aprendan a identificar los pensamientos irracionales dentro de la sesión y en su vida cotidiana.  
Que las cuidadoras aprendan la reestructuración cognitiva y la apliquen en su vida cotidiana.

- 1) Bienvenida.
- 2) Se revisa si pudo realizar la tarea.
- 3) Se hace una reflexión sobre la tarea.
- 4) Se presenta el concepto sobre pensamiento irracional, que es y como identificarlo.
- 5) Se presenta el tema de reestructuración cognitiva, que es y como se lleva a cabo.
- 6) Se alienta a la participación de la cuidadora, que mencione lo que ha entendido y las dudas que tenga, explicando estas.
- 7) Se deja una tarea sobre lo visto en la sesión.
- 8) Despedida.

Diapositivas, papel y lápiz y cuadernillo.

<b>Intervención</b>	11. La memoria en la vida cotidiana. Su importancia y cómo influye en mi vida cotidiana	Concientizar a las cuidadoras sobre la importancia de la memoria en la vida cotidiana. Estimular y reforzar la memoria cotidiana a corto y largo plazo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se revisa si pudo realizar la tarea.</li> <li>3) Se hace una reflexión sobre la tarea</li> <li>4) Muestra de video sobre la memoria y su uso en la vida cotidiana.</li> <li>5) Debate sobre el video y lluvia de ideas de la importancia de la memoria en la vida cotidiana.</li> <li>6) Ejercicios de memoria corto y largo plazo</li> <li>7) Se deja una tarea sobre lo visto en la sesión.</li> <li>8) Despedida.</li> </ol>	Diapositivas, papel y lápiz y cuadernillo, agenda y cronograma de actividades.
<b>Intervención</b>	12. Identificación de pensamiento irracionales y reestructuración cognitiva	<p>Que las cuidadoras aprendan a identificar los pensamientos irracionales dentro de la sesión y en su vida cotidiana.</p> <p>Que las cuidadoras aprendan a manejar los formatos de de pensamiento irracional y reestructuración cognitiva y sus respectivas guías de identificación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se revisa si pudo realizar la tarea.</li> <li>3) Se hace una reflexión sobre la tarea.</li> <li>4) Se presenta el concepto sobre pensamiento irracional, que es y como identificarlo.</li> <li>5) Se presentan los formato de pensamiento irracional y reestructuración cognitiva y la guía para identificarlos.</li> <li>6) Se alienta a la participación de la cuidadora, que mencione lo que ha entendido y las dudas que tenga, explicando estas.</li> <li>7) Se deja una tarea sobre lo visto en la sesión.</li> </ol>	Diapositivas, papel y lápiz y cuadernillo



## 8) Despedida

<b>Etapa</b>	<b>Sesión/ Nombre</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>
<b>Intervención</b>	13. Enriqueciendo y estimulando la atención.	Dar a conocer los subprocesos de la atención con afectación debido a los estados de ánimo depresivo y ansioso. Brindar información de que es la atención y la relación con la edad. Estrategias de estimulación cognitiva de atención sostenida y selectiva.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se revisa si pudo realizar la tarea.</li> <li>3) Se hace una reflexión sobre la tarea.</li> <li>4) Conocimientos de la conceptualización de la atención.</li> <li>5) Se les brinda información de la importancia del cuidado de la salud en el proceso cognoscitivo de la atención. Se habla de la atención selectiva: Se les pide que cada vez que escuchen cierta canción den una palmada; posteriormente, cada vez que se cambie de canción mover la mano derecha o la izquierda (dos canciones diferentes, para cada una de las manos), y después con los pies.</li> </ol> <p>Se realiza actividad de atención focalizada:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) En la que con apoyo de unos tableros de personajes tendrán que adivinar, de acuerdo a las características</li> </ol>	Diapositivas, papel y lápiz y cuadernillo. Celular o grabadora o video de YouTube

			que vayan preguntando que tiene o no tiene el personaje.	
			7) Se deja una tarea sobre lo visto en la sesión.	
			8) Despedida.	
<b>Intervención</b>	14. Terapia de solución de problemas	Promover la identificación de problemas que se asocian al malestar subjetivo en la tarea como cuidadora. Brindar herramientas a la cuidadora para la búsqueda de opciones para solucionar problemas.	1) Bienvenida. 2) Se revisa si pudo realizar la tarea. 3) Se hace una reflexión sobre la tarea. 4) Terapia de solución de problemas 5) Se alienta a la participación de la cuidadora, que mencione lo que ha entendido y las dudas que tenga, explicando estas. 6) Se deja una tarea sobre lo visto en la sesión. 7) Despedida.	Diapositivas, papel y lápiz y cuadernillo
<b>Etapa</b>	<b>Sesión/ Nombre</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>
<b>Intervención</b>	15. Búsqueda y orientación y Categorización	Dar estrategias de estimulación de la atención focalizada y visuoespacial, que les permita desarrollarse mejor en las actividades de la vida diaria. Estrategias de estimulación cognitiva de atención sostenida y selectiva. Estimular la fluencia semántica, que apoyará en el proceso de atención y memoria importantes en la vida diaria.	1) Bienvenida. 2) Se revisa si pudo realizar la tarea. 3) Se hace una reflexión sobre la tarea. 4) Cancelación de letras: Se les pide a las cuidadoras que pongan una diagonal a la letra en específico que se les proporcionará, tratando de realizarlo de la manera más rápida. 5) Búsqueda de vocales: Se les pide a las cuidadoras que encierren en un círculo las vocales “a” y que se encuentren después de la “e”, dentro	Diapositivas, papel y lápiz y cuadernillo, cancelación de letras y búsqueda de vocales, lápices y/o bolígrafos. palabras que completan las rases, tableros.

<b>Intervención</b>	16. Terapia de solución de problemas	Promover la identificación de problemas que se asocian al malestar subjetivo en la tarea como cuidadora. Brindar herramientas a la cuidadora para la búsqueda de opciones para solucionar problemas.	<p>de una lámina donde se encuentra un conjunto de letras al azar “Palabras clave” (Búsqueda visual):</p> <p>Previamente a iniciar se dejaron las palabras que forman la frase que deben completar en grupo. Se les indica que deben buscar las palabras que formen la frase que se les proporciono en un inicio de la sesión.</p> <p>6) Se les pide que escriban cinco palabras que tengan “rr”, cinco que inicien con la “ch”, cinco que inicien con la “z”.</p> <p>Se les proporciona una letra y tienen que decir una palabra que inicie con esa letra, sin repetir las que ya dijeron.</p> <p>Posterior a ello, tienen que decir una palabra y la siguiente participante, tiene que decir una palabra que inicie con la silaba que dijo al último su compañera</p> <p>7) Despedida</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se revisa si pudo realizar la tarea.</li> <li>3) Se hace una reflexión sobre la tarea.</li> <li>4) Terapia de solución de problemas</li> <li>5) Se alienta a la participación de la cuidadora, que mencione lo que ha entendido y las dudas que tenga, explicando estas.</li> <li>6) Se deja una tarea sobre lo visto en la sesión.</li> <li>7) Despedida.</li> </ol>	Diapositivas, papel y lápiz y cuadernillo
<b>Etapa</b>	<b>Sesión/ Nombre</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>
<b>Intervención</b>	17. Estimulando las funciones ejecutivas, primera parte	Dar conocimiento sobre lo que son las funciones ejecutivas de manera general y su funcionamiento.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Bienvenida.</li> <li>3) Se revisa si pudo realizar la tarea.</li> <li>4) Se hace una reflexión sobre la tarea.</li> </ol>	Diapositivas, papel y lápiz y cuadernillo

- 
- 5) Se les brinda el concepto de las funciones ejecutivas.
  - 6) Se les brinda de manera general, cual es la función de las funciones ejecutivas en las actividades de la vida diaria.
  - 7) Se realiza una serie de ejemplos en los que se utiliza las funciones ejecutivas, se realiza una lluvia de ideas en las que tienen que participar de manera activa.
  - 8) Despedida

<b>Etapa</b>	<b>Sesión/ Nombre</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>
<b>Intervención</b>	18. Cierra de la terapia emotivo racional para solución de problemas mediante la Identificación de pensamiento irracionales y reestructuración cognitiva	Repaso de lo aprendido en las sesiones pasadas Verificación del buen manejo de guías e identificación Resolución de dudas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se revisa si pudo realizar la tarea.</li> <li>3) Se hace una reflexión sobre la tarea.</li> <li>4) Se realizan ejercicios para identificar pensamientos irracionales</li> <li>5) Se realizan ejercicios de resolución de conflictos</li> <li>6) Se despejan dudas acerca de los ejercicios y lo aprendido en las sesiones</li> <li>7) Despedida</li> </ol>	Diapositivas, papel y lápiz y cuadernillo
<b>Intervención</b>	19. Estimulando las funciones ejecutivas, segunda parte	Brindar estrategias de autorregulación, supervisión y planeación.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bienvenida.</li> <li>2) Se revisa si pudo realizar la tarea.</li> <li>3) Se hace una reflexión sobre la tarea.</li> <li>4) Proporcionar a las participantes, ejemplos de situaciones cotidianas en las que deberán detenerse a analizar, revisar, verificar y actuar de manera correcta la acción a realizar.</li> <li>5) Pedir que proporcionen un listado de problemáticas en las que se hayan enfrentado en la vida diaria.</li> <li>6) Con los ejemplos anteriores, analizar otras perspectivas de cómo reaccionar ante tales circunstancias: ¿Cómo estoy reaccionando ante tal</li> </ol>	Diapositivas, papel y lápiz y cuadernillo

---

situación?, ¿qué debo realizar?, ¿tiene solución?,  
¿puedo yo arreglar la situación?

7) Despedida

<b>Etapa</b>	<b>Sesión/ Nombre</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>
<b>Intervención</b>	20. Cierra de la intervención	Repaso de lo aprendido en las sesiones pasadas.	8) Bienvenida. 9) Se revisa si pudo realizar la tarea. 10) Se hace una reflexión y debate de todo lo aprendido y como este le ayuda en su vida diaria. 11) Despedida	Diapositivas, papel y lápiz y cuadernillo

## Referencias

- Aldana, E. A., Barrera, S. Y., Rodríguez, K. A., Gomez, O. J., & Carrillo, G. M. (2015). Competencia para el cuidado (CUIDAR) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Efermeria de Nefrologia*, 19 (3) , 265-273.
- Alfaro, R., Morales, V., Vázquez, P., Sánchez, R., & cols, y. (2018). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Medica Institucional Mexicana del Seguro Social*; 46 (5), 485-494.
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R., & Rebollo, P. (2021). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21, 191-99.
- Arango, L. J. (2016). *Rehabilitación neuropsicológica*. Bogotá: Manual Moderno.
- Arechabala, M., Catoni, M., Palma, E., & Barrios, S. (2011). Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. *Revista Panameña de Salud Publica* 3081), 74-9.
- Arroyo, P. E., Arana, R. A., Garrido, B. R., & Crespo, M. R. (2018). Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. *Enfermería Nefrológica*, vol. 21, núm. 3, 213-23.
- Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2016). *Necesidades de los cuidadores de pacientes crónicos. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida*. Madrid: Gipuzkoa 7ª sección.
- Ávila, T. J., García, C. J., & Gaitán, R. J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista colombiana de psicología*, 71-84.
- Barón, S., & Alvarado, S. (2019). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en Cáncer. *Cancerología*, 4, 39-46.
- Baztán, J., González, J., & Del Ser, T. (1994). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous Science.
- Beck, A. T. (2014). Haigh Emily AP. The Generic Cognitive Model. *Annuary Review Clinic of Psychology*, 1-24.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emer, G. (1979). Inventario de Depresión de Beck. *The Guilford Press*.
- Blázquez, A. J., Galparsoro, I. N., González, R. B., Lubrini, G., Muñoz, M. E., Periañez, M. J., Zulaica, C. A. (2019). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona: UOC.
- Brown, P. D., & Johnson, R. T. (2018). The impact of caregiving on mental health: A comprehensive review. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 95-105.
- Burgio, L. D., & Fisher, S. E. (2016). *Intervention strategies for dementia caregiving: Reducing stress and improving quality of life*. New York: Springer Publishing Company.
- Carvajal, C. J., Suárez, E. J., & Arboleda, R. A. (2011). Rehabilitación neuropsicológica de pacientes hospitalizados con trauma encefalocraneano en fase subaguda: estudio piloto en la fundación Instituto Neurológico de Antioquia/Colombia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 6, 85-90.
- Carvajala, C. J., & Restrepo, P. A. (2013). Fundamentos Teóricos y estrategias de intervención en la rehabilitación neuropsicológica en dultos con daño cerebral adquirido. *Revista CES psicología* 6 (2), 135-148.
- Castillo, A. (2012). Rehabilitación neuropsicológica en el siglo XXI. *Mexicana de neurociencias*, 3, 233-30.
- Cedillo, I. B. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1: 239-251.
- Centeno, S. (2004). *Cuidar a los que cuidan; qué y cómo hacerlo*. Alcalá: formación Alcalá.
- Cerquera Córdoba, A. M. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 149-167.
- Cerquera, A., Granados, F., & Buitrago, A. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6 (1), 35-45.
- Contreras, Esguerra, G., Espinosa, J., & Gómez, V. (2017). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en

- pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 169-179.
- Contreras, F., Esguerra, G., & Espinosa, J. G. (2016). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universidad de psicología de Bogotá*, 487-499.
- Crespo, M., & Rivas, M. T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica Y Salud* 1, 9-15.
- Cuijpers, P. (2018). The challenges of improving treatments for depression. *JAMA*, 320(24), 2529-2530. doi:10.1001/jama.2018.17819
- Cuevas, C. J., & Moreno, P. N. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enferm Uni*, 207-218.
- Daugirdas, J. (2017). *Manual de diálisis*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Daugirdas. (2015). *Manual de diálisis. 4th ed.* Barcelona: lippincott williams and wilkins.
- De la Rosa, G. N. (2017). "Correlación de la severidad de síntomas depresivos en . Monterrey: UANL.
- De la Torre, G. (2002). El modelo funcional de atención en neuropsicología. *Revista de gerontología. Aplicada*, 55, 113-121.
- De Oliveira, S. B. (2015). Efectos a largo plazo de los síntomas depresivos en una tarea de memoria de trabajo con y sin interferencia atencional. *Suma Psicológica*, 22(1), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi>.
- Deví, J., & Almazán, I. (2012). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Revista Gerontologica* 12(1), 31-37.
- Domínguez, S., Zavala, G., Cruz, M., & Ramírez, R. (2010). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. *Médica UIS*, 28-37.
- Engelberts, N., Klein, M., Adèr, H., Hemains, J., Kasteleijn, N. T., & van der Ploeg, H. (2012). The effectiveness of cognitive rehabilitation for attention deficit in focal seizures: a randomized controlled study. *Epilepsia*, 43, 587-95.
- ENSANUT. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Ciudad de México: INEGI.
- Escobar, A. (2004). Neurobiología de la depresión. *Temas Selectos de Neurociencias III. UAM, México*, 181-190.
- Federación Internacional de Diabetes. (2013). *Atlas de la diabetes de la FID (6.a ed)*. Bruselas: FID.
- Flores, V. M., Fuentes, L. H., González, P. G., J. M. F., Cervantes, C. G., & Valle, B. M. (2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *NURE Investigación*, 14 (88), 1-16.
- Franco, F., Tirado, L., Venado, A., Moreno, J., Pacheco, R., Duran, L., & al., e. (2011). Una estimación indirecta de las desigualdades actuales y futuras en la frecuencia de la enfermedad renal crónica terminal en México. *Revista de salud pública de México* 53, 506-15.
- Gayomali, C., Sutherland, S., & Finkelstein, F. (2018). The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplant*. 23 (12), 3749-3751.
- Godoya, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Medica Clinica Condes*; 31(2), 169-173.
- Gómez, M. N., Castro, S. F., & Tasipanta, C. J. (2018). Intervención de enfermería en el estado emocional de pacientes hemodializados en el Hospital General . *Enfermery Inventory*. 3(3), 142-148.
- González, H. A., Rodríguez, Q. A., & Bonilla, S. J. (2022). La depresión y su relación con el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. Un estudio de revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 118-128.
- González, V. C., Dávila, C. C., Zamora, M. M., Trejo, V. B., & González, V. M. (2014). Incidence of type 2 diabetes in Mexico. Results of The Mexico City Diabetes Study after 18 years of follow-up. *Salud Pública en México. Vol. 56 Núm. 1*, 11-17.
- González, V. M., & Crespo, K. S. (2019). Perfil del cuidador primario en pacientes diabéticos en dos

- comunidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, vol. 22.
- Guerrero, N. J., & al., e. (2016). El cuidador primario, su paciente terminal y la enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.*, 91-8.
- Gupta, A., & Naorem, T. (2013). Cognitive retraining in epilepsy. *Brain Injury*, 17, 161-74.
- INSP. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*. México: INSP.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. Ciudad de México: ENSANUT.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito del día de las y los cuidadores de personas*. México: INEGI.
- Jofré, A. V., & Sahuenza, A. O. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia y Enfermería*, 111-120.
- Jofre, A. V., & Sanhueza, A. O. (2016). Evaluación de la Sobrecarga de Cuidadoras/es informales. *Ciencia y Enfermería*.16 (3)., 111-120.
- Levine, B., Robertson, I., Clare, L., Carter, G., Hong, J., Wilson, B., & al., e. (2020). Rehabilitation of executive functioning: an experimental-clinical validation of goal management training. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 6, 299-312.
- López, P. E., Pech, S. N., Jiménez, D. B., & Cárdenas, M. M. (2019). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónico-degenerativas. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, Vol. 6, No 2., 39-45.
- Kánter, IR.(2017). El envejecimiento en México, una visión demográfica. *Pluralidad y Consenso*. 7(33): 1-22. <https://bit.ly/3bPdtGp>
- Masanet, E., & La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. . *Revista Española de Salud Pública;* (85), 257-266.
- McDermott, O., Orrell, M., Ridder, H.M. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging Ment Health*.
- Medrano, M. P., & Ramos, P. M. (2016). Alteraciones cognitivas y emocionales en el insomnio crónico. *Revista de Neurología*, 62: 170-8.
- Mendoza, S. G. (2014). Syndrome of burnout in relatives caregivers of patients with chronic neurological disease. *Revista Social de Peru Medicina Interna*. vol 27 (1), 12-18.
- Moreno, L., Bernabeu, M., Álvarez, M., Rincón, M., Bohórquez, P., Cassani, M., García, S. (2018). Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Atención Primaria*.40 (4), 193-8.
- Moure, P. (2011). *Manifestaciones de ansiedad, depresión, e ira, en cuidadores principales de pacientes con tratamiento hemodialítico*. Santa Clara: Universidad Central Marta Abreu de las Villas.
- Nagarathnam, K., & Padma, R. (2016). Assessment of burdenamongcaregivers of hemodialysis patients at a TertiaryCare Hospital of Andhra Pradesh. *Indian Journal of Nephrology*, 26(2), 152-153.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Enfermedades Crónicas*. Oficina Regional de la OMS.
- Organización Mundial de la salud. (2012). *Diabetes Nota descriptiva 312*. . Washington: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Envejecimiento y ciclo . *Who*, <https://bit.ly/2EcZgTJ>.
- Ostrosky, F., Gómez, E., Matute, E., Roselli, M., Alfredo, A., & Pineda, D. (2012). *NEUROPSI: Atención y memoria*. Manual Moderno.
- Ostrosky, S. F., & Lozano-Gutierrez, A. (2003). Rehabilitación de la memoria en condiciones normales y patológicas. . *Revista Latinoamericana en Psicología*, 21, 39-51.
- Peña, D. L. (2019). Escala de síntomas cognitivos en depresión (EsADFUN). *Archivos de Neurociencias (Mex) INNN*, 14-22.
- Ponds, R., & Hendriks, M. (2016). Cognitive rehabilitation of memory problems in patients with epilepsy. *Seizure*, 15, 267-73.
- Ríos, L. M., Muñoz, C. J., & Paúl, L. N. (2017). Alteraciones de la atención tras daño cerebral traumático: evaluación y rehabilitación. *Revista de Neurlogía*, 5, 291-7.
- Robine, J. M., & Herrmann, F. R. (2007). Who will care for the oldest people in our ageing society? *British Medical Journal* 334 (7593), 570-571.



- Rock, P. L., Roiser, J., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). *Psychol Med* 44 (10), 2029-40.
- Rodríguez, U. R. (2016). *Estrategias de afrontamiento y sentido personal del rol en cuidadores de pacientes hemodializados*. Santa Clara: Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas Facultad de Psicología.
- Rodríguez, V. M., Badilla, A. E., & Cruz, P. M. (2019). Salud mental y su relación con las características biosociodemográficas en pacientes hemodializados. *Enfermería: Cuidados Humanizados, Vol. 8, n° 1*.
- Rosas, S. F. (2015). *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*. Xalapa: UV.
- Ruiz-Vargas, J. M. (2005). Estrés, atención y memoria 1. ResearchGate. [https://www.researchgate.net/publication/283582385\\_Estres\\_atencion\\_y\\_memoria\\_1](https://www.researchgate.net/publication/283582385_Estres_atencion_y_memoria_1).
- Saavedra, M. F., Bascón, M., Arias, S., García, M., & Mora, D. (2013). Cuidadoras de familiares dependientes y salud: influencia de la participación en un taller de control de estrés. *Revista Clínica y Salud. 24*, 85-93.
- Salas, C., Báez, M., Garreaud, A., & Daccarett, C. (2017). Experiencias y desafíos en rehabilitación cognitiva: ¿hacia un modelo de intervención contextualizado? *Revista Chilena de Neuropsicología, 2*, 21-30.
- Sánchez, R., Molina, E., & Gomez, O. O. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Revista Cuidarte, 7 (1)*, 1117-1184.
- Serdengeçti, K., Süleymanlar, G., & Altıparmak, M. R. (2010). The impact of end-stage kidney disease (ESKD) on close persons: a literature review. *NDT plus, 1 (2)*, 67-79.
- Shekleton, J. A., Rogers, N. L., & Rajaratnam, S. (2010). Searching for the daytime impairments of primary insomnia. *Sleep Medical Review, 4*: 47-60.
- Shultz, R. (2004). Caregiver Burden. *International Encyclopedia of the social & Behavioral Sciences.*, 1476-1479.
- Schulz, R., & Eden, S. (2016). *Families caring for an aging America*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Silveira, D. D., Colomé, B., Carmem, L., Heck, W. T., Nunes da Silva, F. M., & Viero, V. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería, 24(1-2)*, 71-75.
- Smith, J. A., & Johnson, M. E. (2018). Psychological approaches to caregiving: Understanding and managing stress. *Journal of Health Psychology, 23(4)*, 513-525.
- Solhberg, M., & Mateer, C. (1987). Effectiveness of an attention-training program. *Journal Clinical Experimental of Neuropsychology, 9*, 117-30.
- Solis, U., Hernández, I., De Armas, A., Hernández, A., & Ulloa, A. (2014). Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología. 16(2)*, 76-89.
- Squire, L. F., Bloom, S. K., McConnell, J. L., Roberts, N. C., Spitzer, M. J., & Zigmond. (2013). *Fundamental Neuroscience, 2nd Ed. Academic Press*, 1426.
- Tang, F. J. (2015). Stressors and Caregivers' depression: multiple mediators of Self-Efficacy, social support, and Problem-Solving skill. *Social Work in Health Care, 54(7)*, 651-668. <https://doi.org/10.1080/00981772.2015.1053111>
- Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Publicación del Instituto de Investigaciones Gino Germani. *Argumentos, 307-330*.
- U.S. Renal Data System. (2013). *USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States*, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. *International comparisons 2*, 333-44.
- Urzúa, A., Pavlov, R., Cortés, R., & Pino, V. (2011). Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. *TERAPIA PSICOLÓGICA, 29 (1)*, 135-140.
- Velázquez, M. E., González, V. M., De la Peña, L. B., & Soria, F. A. (2019). Calidad de las

- intervenciones educativas dirigidas al cuidador primario. Una revisión integradora. *Revista enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 223-229.
- Villalba, A. S., & Espert, T. R. (2015). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *THERAPEÍA* 6, 73-93.
- White, S. F., Geraci, M., Lewis, E., Leshin, J., Teng, C., Averbek, B., & al, e. (2017). Prediction error representation in individuals with generalized anxiety disorder during passive avoidance. *A Journal of Psychiatry*; 174, 110-17.
- Zarit, S., Bottigi, K., & Gaugler, J. (2007). *Stress and caregivers*. San Diego: editores. Encyclopedia of Stress. 2nd Edition.
- Zarit, S., Davey, A., Edwards, A., Femia, E., & Jarrott, S. (1998). Family Caregiving: Research Findings and Clinical Implications. . *Comprehensive clinical psychology*. Vol. 7, 499-523.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Maestría en Psicología

Cuernavaca Mor., 23 mayo 2024

ASUNTO: Votos Aprobatorios

**DRA. MARICARMEN ABARCA ORTIZ,  
COORDINADORA ACADÉMICA DEL PROGRAMA  
DE MAestrÍA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T E.**

Por este medio, nos permitimos informar a Usted el dictamen de votos aprobatorios de la tesis titulada **Intervención en procesos cognitivos y estados de ánimo en cuidadoras primarias informales de pacientes hemodializados** trabajo que presenta el C. Luis Ulises Yafté Miranda Salgado quien cursó la Maestría en Psicología perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

<b>VOTOS APROBATORIOS</b>			
<b>COMISIÓN REVISORA</b>	<b>APROBADO</b>	<b>CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*</b>	<b>SE RECHAZA*</b>
Dra. Elizabeth Aveleyra Ojeda	X		
Dra. Dení Stincer Gómez	X		
Dra. María Esther Gómez Pérez	X		
Mtra. Maribel de la Cruz Gama	X		
Mtra. Nayely Yetlanezi Salazar Flores	X		

*\*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).*

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado. Sin mas por el momento agradecemos la atención prestada y quedamos de Usted, reiterando nuestras mas amplias consideraciones.

**ATENTAMENTE**



**UAEM**  
RECTORÍA  
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**ELIZABETH AVELEYRA OJEDA | Fecha:2024-05-23 15:39:52 | FIRMANTE**

BbP3+wkFF1uY+hz4Ko0V0qdQO3AHgWS0jAE/0IFZomxkYo+AF3EUH+OoxlHkOuqyVrwc3fT6T2p6bkzSrSmk7Ye/k15Ka3LPbRnh5TddwkO+d+Swjmw6lzHW6jHsm+IhVF4N  
H1rpioxNR1DQE41+RzErEsRLRGu3RjQWKTMTXEOayD4m+Y5aAbuO4p68diX9RDC6oNw2B2roVe04IKMas68bbNoTG/L6IBE414Nedv3Kg7wtByaYw+VdOQuskkk11PYLdfiBuv  
+zbytsvpze1A110Ec75dG0S7GQGf8cBMMGMwGS1W1DwAnncSr+WdNzqeulIRANf9accZTqdrVQ==

**MARIBEL DE LA CRUZ GAMA | Fecha:2024-05-23 17:55:09 | FIRMANTE**

nZ3f110uTSZ5/6c47T1Jy5ONWLDfibOQhcyHQ+1O3q6lPg7cRsuXNYeu0V9An8IL2MbnybRQD0grMRRNmNDP1j3JCPj4BRHwKTNxV658Kkgkx6+AiV/yYqu9Xjj/2tRAppiZ86z3  
Bap29nB/769fmb4wGxAUI3oDw1fc0xQGHPIVnv6waSra60Jztnkx4BFipOpBt9hxfQcQYrN69VXv/+7N0JtrtxJQU5Kjkh3Hoank/R/etXzRtx7Yzrpl8Jhn7A3b66gY10Fcls87TIX+7YX  
d1LMFukj09k/yJ/5OCqDtq5Xz2M6HqLdU47msj6lbcJ41Rwk67THZyIijLNA==

**NAYELY YETLANEZI SALAZAR FLORES | Fecha:2024-05-23 22:23:53 | FIRMANTE**

Y1/y1NLOE6QqcSO7QypxkYjxYQOTVKWfH9gKueXzHqFkm9SvHCTAdvVAz9Fvpfr67RvxSWc2tlvYl3hb+Oyr2ZOZepNs9DUHPB6G0Cc4xPDnzCO7eOXcmF+1d6FfeneCHW6  
Gw9qMsoSXGsuUn+HnThhvh15XgasA3yhQp4AaB7LrVLAQz7PtZw2auvLloeWYF46C50HVI5jK7fA7cBPVr27AeMIDz1huQMIX2MlCuauKsTBgaDYap97UDJI98UQqRasLyA71q  
bbAh0g0603iJ/MetBTdDiZL+fvuaMMrSjUWUgIcmKMK8xv/rsGUe2KL6GuxoyHGKSKR5Jh95i0Bqg==

**MARÍA ESTHER GÓMEZ PÉREZ | Fecha:2024-05-24 07:25:32 | FIRMANTE**

UTIYCYgSCX7d6FxFxlq+ecOq/rgJrpRw/2g20ZNktWzZ1tIEjyJCJcNjRQAL1JUFpU02wFvdgbNvEu7fdbamTah4vdAHeiFvMesJWA6VOcqtmxGllQ4d2ZAPeWNighAl/uBemedS  
ok94cL0aVAvMt+DQBEfZht4zNXgVfHQ34+wETy0d9fwl6s7eb3ORFQsJ3DA3Blc/zlHqFeqx17QcNT9muy6Rrjbo7NjDyAxb8ghUVVwC3x3B2ioZRg3+VAhWywLZpfZuPwe8IUcxcg  
+e6xrE9+15a11z5ZX9Tt+Zi6gCBd/zRM7wlVrf8cYMKjldFA58IKbga+SBN3hQZSjL4w==

**DENI STINCER GOMEZ | Fecha:2024-05-28 15:53:15 | FIRMANTE**

B1BosXtkOfCNu9kI5MaNe/11PrTCJ69r6FHXLfiHDQqxq90X6OLR7nQT/rmgI592LW+hQcRr485s3I3D1IHHvm13vRQ3kTmO9Mz2Ne30J86I4kELLLa4vN4fhkGEjckNuGZlkrkMx  
m5U7j3p8kJhZ7AofCsu4cc3w0P/TVp1nA+EanUgyXYaYXjFan+kc0pWjW+ymlPQ2i+giO4WrwHA/4C3XtoUzMGpZ0ljt+XDAuQYSR4QFMDRRQgXhCl3/80Jpw1d0AcCfCwZcQI  
+HDGcnsSaYpbT6FtxSLvWX3Xbr5Dz6TqW7qka5+nx+7ApU7YKz+4RMI0kAdEfImdKOW==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o  
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



slhBzeUTM

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/B6XJp5fsRc1z06TqqmxKf1iCry9F0PS9>



UAEM  
RECTORÍA  
2023-2029