



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO**  
**DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

**TEMA:**

TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN LA SOBRECARGA DE CUIDADORES DIRECTOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO” DE RIOBAMBA, PERÍODO NOVIEMBRE 2014 -ABRIL 2015.

**AUTORES:** Johana Alexandra Arellano González

Silvia Fernanda Esparza Zapata

**TUTOR:** Ps. Cl. Juan Pablo Mazón N.

**RIOBAMBA – ECUADOR**

**2015**



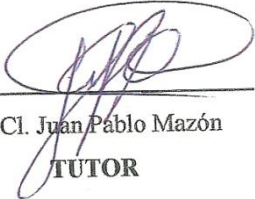
## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Una vez culminado el trabajo de investigación por parte de las Señoritas: Johana Alexandra Arellano González y Silvia Fernanda Esparza Zapata, con el tema:  
**“TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN LA SOBRECARGA DE CUIDADORES DIRECTOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO” DE RIOBAMBA, PERÍODO NOVIEMBRE 2014 -ABRIL 2015”.**

Para obtener el: **TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA, EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, CARRERA DE PSICOLOGÍA.**

Acepto que el mencionado es auténtico y original, cumple con las normas de la **“UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO”**, contienen todos los aspectos descritos en el proyecto y los elementos técnicos y metodológicos de la Investigación.

En consecuencia autorizo su presentación para el trámite previo de sustentación corresponsable.

  
\_\_\_\_\_  
Ps. Cl. Juan Pablo Mazón  
TUTOR

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL**

Nosotros, los miembros del tribunal, por medio de la presente certificamos que la Srta. Egresada de Psicología Clínica Johana Alexandra Arellano González con Cédula de ciudadanía N° 0604023366, luego de las correcciones sugeridas por el tribunal en la defensa privada, se encuentra apto para la defensa pública de la tesina con el tema: **“TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN LA SOBRECARGA DE CUIDADORES DIRECTOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO” DE RIOBAMBA, PERÍODO NOVIEMBRE 2014- ABRIL 2015**

Es todo cuanto podemos informar para los fines académicos correspondientes

Riobamba, 09 de Junio de 2015.

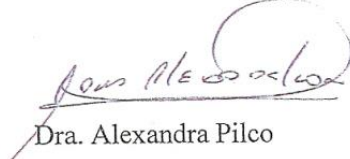
Atentamente:

  
Ps. Cli. Juan Pablo Mazón

**TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

  
Ps. Cli. Juan Pablo Mazón

**TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

  
Dra. Alexandra Pilco

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL**

Nosotros, los miembros del tribunal, por medio de la presente certificamos que la Srta. Egresada de Psicología Clínica Silvia Fernanda Esparza Zapata con Cédula de ciudadanía N° 0604021303, luego de las correcciones sugeridas por el tribunal en la defensa privada, se encuentra apto para la defensa pública de la tesina con el tema: **“TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN LA SOBRECARGA DE CUIDADORES DIRECTOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO” DE RIOBAMBA, PERÍODO NOVIEMBRE 2014- ABRIL 2015**

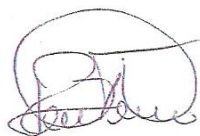
Es todo cuanto podemos informar para los fines académicos correspondientes

Riobamba, 09 de Junio de 2015.

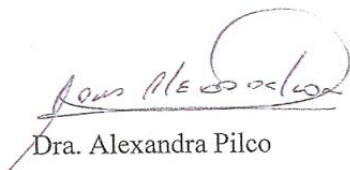
Atentamente:

  
Ps. Cli. Juan Pablo Mazón

TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

  
Dra. Rocío Tenesaca

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

  
Dra. Alexandra Pilco

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

## **DERECHO DE AUTORÍA**

Yo, Johana Alexandra Arellano González con Cédula de Identidad 060402336-6, soy responsable de todo el contenido de todo este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Johana Alexandra Arellano González

060402336-6

## **DERECHO DE AUTORÍA**

Yo, Silvia Fernanda Esparza Zapata con Cédula de Identidad 060402130-3, soy responsable de todo el contenido de todo este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Silvia Fernanda Esparza Zapata

060402130-3

## **DEDICATORIA**

Dedico este logro mis padres fuente de sabiduría y amor, a mis Tottes por cambiarme el día con una sonrisa, a mi ñaña Faba por ser ejemplo de lucha y firmeza, a mis abuelitos que desde el cielo me han bendecido. Todo lo admirable y logros que tengo son gracias a cada uno de Uds.

*Joha*

## **DEDICATORIA**

Dedico este éxito, a mis padres por el apoyo incondicional que he recibido de ellos en el transcurso de mi vida personal y de mi carrera, a mis hermanas por siempre estar a mi lado, a mi piojo que es el motivo de mis alegrías y orgullo, a Kian que ha sido la persona que con su amor me ha impulsado a ser mejor cada día y a mis abuelitos Segundo, Margarita y Chenita por ser mis ángeles y ejemplos.

*Silvia*

## **AGRADECIMIENTO**

Aprecio todo lo tengo, a quien tengo a mi lado y agradezco a Dios por ello, por darme las herramientas necesarias para culminar un escalón más en mi vida. Antes de ser padres son mis amigos, me hicieron reír y disfrutar la vida me enseñaron amar a perdonar y hacer el bien gracias papitos, ñaña Faby eres mi segunda madre y has estado en cada momento de mi vida, Yusbal por cuidarme y permitirme caminar a tu lado, ñaña Mery que desde las distancia me has brindado todo tu apoyo, Caro gracias por ser mi mejor amiga y a pesar del tiempo seguimos juntas, Chiva has estado en los momentos de tristeza y felicidad, aprendimos juntas el verdadero sentido de la vida y la amistad . Muchas gracias. Finalmente gracias a la Fundación “Protección y Descanso” de la ciudad de Riobamba que nos facilitó el estudio investigativo principalmente a la Ing Teresa Morillo a la Universidad Nacional de Chimborazo porque me permitió formarme, a mis profesores que me enseñaron que ser psicóloga no es solo una profesión es un estilo de vida.

*Joha*

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer a Dios por enseñarme el camino de la verdad, sabiduría y amor, lo cual me ha servido para encaminarme por el sendero del bien, a mi mami por ser mi apoyo, mi amiga y mi maestra, a mi papi porque sin su impulso no llegaría a culminar mi carrera y por su ejemplo profesional, a mis hermanas y a mi sobrino por su aliento para continuar y no decaer, de igual manera a mi tíos Galo y Silvia, que son como mis padres, a mi mejor amiga Joha, porque junto a ella he vivido momentos de alegría y de tristeza, grandes experiencias y recuerdos inolvidables que permanecerán para toda la vida. Finalmente a la Universidad Nacional de Chimborazo, por darme la oportunidad de formarme como profesional, a todos mis maestros quienes más que docentes fueron grandes amigos y a todos mis compañeros con quienes compartí muchas vivencias durante mi formación.

*Silvia*

## RESUMEN

La presente investigación tiene como tema: La Técnica de Solución de Problemas en la sobrecarga de cuidadores directos de la Fundación “Protección y Descanso” de Riobamba. El objetivo general de la investigación es evaluar la eficacia de la Técnica de Solución de Problemas. Debido a la dificultad que presenta el cuidador directo en la resolución de conflictos, específicamente en situaciones sociales, familiares, de pareja y emocionales, la muestra inicial fue de 30 personas, las mismas a quienes se les aplicó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, en donde los resultados fueron los siguientes: No existe Sobrecarga en 3 personas que representa el 10%, Nivel de Sobrecarga Leve 7 personas que representa 23% y Nivel de Sobrecarga Intensa 20 personas que equivale al 67%, dando así la muestra final de la investigación, la cual la conforman 20 cuidadores directos de personas con discapacidad que presentan únicamente Nivel de Sobrecarga Intensa, con quienes se aplicó la Técnica de Solución de Problemas, el abordaje se plasmó por los aportes de Thomas D’Zuriila y Marvin Goldfriend, la cual consta de una guía de 5 pasos. La metodología utilizada fue Método Científico, Clínico, Analítico–Sintético Y Psicométrico lo cual permitió llevar a cabo la investigación. Para el estudio del fenómeno se utilizó la Observación Clínica, el Reactivo Psicológico la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit; y el instrumento utilizado fue la Ficha de Seguimiento Psicoterapéutico. Finalmente se aplicó el Retest de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, obteniendo los siguientes resultados: No existe Sobrecarga en 13 personas que representa el 65%, nivel de sobrecarga leve en 5 personas que representa el 25% y con nivel de sobrecarga intensa 2 personas que representa el 10%. Adquiriendo así una perspectiva completa de los niveles de sobrecarga de cada cuidador directo y sus áreas más afectadas que son: de Familia o de Pareja, Emocional o Psicológica y Económica. Las personas que utilizan esta Técnica tienen un mejor pensamiento analítico para encontrar la mejor solución, así evaluar si la decisión es la que tiene mejor resultado lo que contribuye considerablemente a su bienestar psicológico. En definitiva el objetivo de la Técnica de Solución de Problemas es mejorar la competencia social y disminuir el malestar psicológico.





# UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE IDIOMAS

## ABSTRACT

This study is entitled the Technical in Troubleshooting the direct caregivers overload at Foundation "Protection and Rest" of Riobamba. The general objective is to evaluate the effectiveness of the Technical Troubleshooting. Due to the difficulty of the direct caregiver in conflict resolution, particularly in social situations, family, couple and emotional, the initial sample was 30 people, they were applied to the scale of Zarit Caregiver Burden, where the results were as follows: There is no overload on 3 people representing 10% Slight overload level 7 people and representing 23% Overload level Intense 20 people or 67%, thus giving the final sample research, which make up 20 direct caregivers of people with disabilities having only Overload level Intense, to whom was applied the Technical Troubleshooting, the approach was shaped by the contributions of Thomas and Marvin D'Zuriila Goldfried, which consists of a 5-step guide.

The methodology used was the scientific method, clinical, analytic-synthetic and psychometric which allowed to conduct research. To study the phenomenon Clinical Observation was used Reagent Psychological Scale Zarit Caregiver Burden; and the instruments as Psychotherapy Tracking Sheet, Retest Scale Zarit Caregiver Burden were applied, with the following results: There is not overload, 13 people representing 65% Slight overload level in 5 people representing 25% and Heavy level Overload 2 persons representing 10%. Getting in this way a complete perspective of the levels of each direct caregiver overload and most affected areas are: Family or couple, emotional or psychological and economic.

When the people use this technique, they have a better analytical thinking to find the best solution and assess whether the decision is one that has best result which contributes significantly to their psychological well-being. Ultimately the objective of the TSP is to improve social competence and reduce psychological distress.

Reviewed by:

Ligia López H.

EFL TEACHER- HEALTH AND SCIENCES FACULTY

CENTRO DE IDIOMAS



COORDINACION

# ÍNDICE GENERAL

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
<b>Aceptación del Tutor</b>	<b>III</b>
<b>Derecho de Autoría</b>	<b>V</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>VII</b>
<b>Agradecimiento</b>	<b>VII</b>
<b>Resumen</b>	<b>VIII</b>
<b>Abstract</b>	<b>IX</b>
<b>Índice de Cuadros</b>	<b>XIV</b>
<b>Índice de Gráficos</b>	<b>XV</b>
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I</b>	<b>3</b>
<b>Problematización</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Planteamiento del Problema</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Formulación del Problema</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Objetivos</b>	<b>6</b>
<b>1.3.1 Objetivo General</b>	<b>6</b>
<b>1.3.2 Objetivos Específicos</b>	<b>7</b>

<b>1.4 Justificación</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo II</b>	<b>9</b>
<b>Marco Teórico</b>	<b>9</b>
<b>2. Marco Teórico</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Línea De Investigación</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Posicionamiento Teórico Personal</b>	<b>10</b>
<b>2.3 Fundamentación Teórica</b>	<b>11</b>
<b>2.3.1 Antecedentes de la Investigación</b>	<b>11</b>
<b>2.4 Sobrecarga de cuidadores directos</b>	<b>13</b>
<b>2.4.1 Antecedentes</b>	<b>13</b>
<b>2.4.2 Definición</b>	<b>15</b>
<b>2.4.3 Repercusiones del cuidado sobre la Salud Física y Mental del cuidador informal</b>	<b>15</b>
<b>2.4.3.1 Salud Física</b>	<b>15</b>
<b>2.4.3.2 Efectos sobre la Salud Física</b>	<b>16</b>
<b>2.4.3.3 Salud Mental</b>	<b>16</b>
<b>2.4.3.4 Síndrome del Cuidador</b>	<b>18</b>
<b>2.4.3.4.1 Síntomas de alerta del Síndrome del Cuidador</b>	<b>19</b>
<b>2.4.3.5 Fases del Síndrome del Cuidador</b>	<b>20</b>
<b>2.4.3.6 Clasificación de los Cuidadores</b>	<b>21</b>



<b>2.4.3.7 Perfil del Cuidador o Cuidadora</b>	<b>22</b>
<b>2.4.3.8 Estrés y Cuidador Directo: La Carga del Cuidador</b>	<b>23</b>
<b>2.4.3.9 Concepto de Carga</b>	<b>23</b>
<b>2.4.3.10 Prevención de la sobrecarga del Cuidador</b>	<b>25</b>
<b>2.4.3.11 Autocuidados en el Cuidador/A</b>	<b>26</b>
<b>2.5 Técnica de Solución de Problemas</b>	<b>27</b>
<b>2.5.1 Antecedentes y Definición</b>	<b>27</b>
<b>2.5.2 Estilos de Solución de Problemas</b>	<b>29</b>
<b>2.5.3 Principales conceptos dentro de la Terapia de Solución de Problemas</b>	<b>29</b>
<b>2.5.4. Principios de una orientación al problema efectiva</b>	<b>30</b>
<b>2.5.5 Entrenamiento en definición y formulación del problema</b>	<b>30</b>
<b>2.5.6 Principales tipos de problemas</b>	<b>31</b>
<b>2.6 Modelo de Intervención Psicoterapéutico Aplicado</b>	<b>32</b>
<b>2.6.1 Primer Paso: Concretar el problema</b>	<b>33</b>
<b>2.6.2 Segundo Paso: Concretar como solemos responder por costumbre a ese problema</b>	<b>35</b>
<b>2.6.3 Tercer Paso: Hacer una lista con soluciones alternativas</b>	<b>36</b>
<b>2.6.4 Cuarto Paso: Valorar las consecuencias de cada alternativa</b>	<b>37</b>
<b>2.6.5 Quinto Paso: Valorar los Resultados</b>	<b>38</b>
<b>2.7 Definición de Términos Básicos</b>	<b>38</b>
<b>2.8 Hipótesis y Variables</b>	<b>41</b>

<b>2.8.1 Hipótesis</b>	<b>41</b>
<b>2.8.2 Variables</b>	<b>41</b>
<b>2.9 Operacionalización de Variables</b>	<b>42</b>
<b>Capítulo III</b>	<b>43</b>
<b>Marco Metodológico</b>	<b>43</b>
<b>3. Marco Metodológico</b>	<b>44</b>
<b>3.1 Método</b>	<b>44</b>
<b>3.1.1 Método Científico</b>	<b>44</b>
<b>3.1.2 Método Analítico-Sintético</b>	<b>44</b>
<b>3.1.3 Método Clínico</b>	<b>44</b>
<b>3.1.4 Método Psicométrico</b>	<b>44</b>
<b>3.2 Tipo de Investigación</b>	<b>44</b>
<b>3.3 Diseño de la Investigación</b>	<b>45</b>
<b>3.4 Tipo de Estudio</b>	<b>45</b>
<b>3.5 Población y Muestra</b>	<b>45</b>
<b>3.5.1 Población</b>	<b>45</b>
<b>3.5.2 Muestra</b>	<b>45</b>
<b>3.5.2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión</b>	<b>45</b>
<b>3.5.2.1.1 Inclusión</b>	<b>46</b>
<b>3.5.2.1.2 Exclusión</b>	<b>46</b>

<b>3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos</b>	<b>46</b>
<b>3.6.1 Técnicas</b>	<b>46</b>
<b>3.6.2 Instrumentos</b>	<b>46</b>
<b>3.7 Técnicas para el Análisis e Interpretación de resultados</b>	<b>48</b>
<b>3.8 Análisis e Interpretación de resultados</b>	<b>48</b>
<b>3.8.1 Análisis de la Escala de Sobrecarga de Zarit</b>	<b>48</b>
<b>3.9 Análisis de la Ficha de Registro y Seguimiento Psicoterapéutico</b>	<b>56</b>
<b>3.10 Comprobación de la Hipótesis</b>	<b>57</b>
<b>Capítulo IV</b>	<b>58</b>
<b>4. Conclusiones y Recomendaciones</b>	<b>59</b>
<b>4.1 Conclusiones</b>	<b>59</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>61</b>
<b>Anexos</b>	<b>63</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
<b>Cuadro N.1</b>	
<b>Nivel de sobrecarga en cuidadores directos de personas con discapacidad</b>	<b>48</b>
<b>Cuadro N.2</b>	
<b>Relación de las preguntas con las áreas afectadas</b>	<b>50</b>
<b>Cuadro N.3</b>	
<b>Resultado de la aplicación del retest de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit</b>	<b>53</b>
<b>Cuadro N.4</b>	
<b>Ficha de Registro y Seguimiento Psicoterapéutico</b>	<b>65</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
<b>Gráfico N. 1</b>	
<b>Niveles de Sobrecarga</b>	<b>49</b>
<b>Gráfico N.2</b>	
<b>Resultado de la aplicación del retest de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit</b>	<b>53</b>



## INTRODUCCIÓN

En épocas pasadas muchas personas con discapacidad eran abandonadas o expulsadas por su propia familia debido a creencias sobre el origen de sus déficits, en algunos casos se llegó a considerar que eran un castigo o una maldición. Posteriormente muchas familias optaron por transferir su responsabilidad hacia determinadas instituciones, centros de Educación Especial, internados y asilos para que se ocuparan de su cuidado.

Hoy en día las familias son las que han asumido esta realidad y aquí inicia su integración y convivencia, por ende los cambios que consigo lleva el tener un miembro con discapacidad dentro del sistema.

Las familias de las personas con discapacidad suelen verse sometidas a diversos condicionamientos. Su dinámica es totalmente diferente incluso a lo planeado desde el momento de la concepción, específicamente estos cambios son evidentes en los cuidadores y/o tutores de las personas que presentan algún tipo de discapacidad.

Éstos se ven obligados a compensar carencias y constituirse en la red de bienestar real para las personas con discapacidad. El cuidador principal que en la mayoría es la madre deja varias de sus actividades personales, laborales y sociales para dedicarse totalmente al cuidado de su hijo o hija, provocando en ella cambios negativos en su salud mental, como angustia, ansiedad, depresión y principalmente grandes niveles de sobrecarga, el conjunto familiar lleva consigo estas diversas situaciones y hace que responda de una manera inadecuada, por lo tanto se evidenciarán discusiones e inconvenientes en la familia, donde muchas veces los roles deben ser nuevamente establecidos y compensar el desequilibrio que se da en el sistema.

Al conocer de esta problemática el tema de la presente investigación es: “Técnica de Solución de Problemas, en la sobrecarga de cuidadores directos de personas con discapacidad de la Fundación “Protección y Descanso” Riobamba, Noviembre 2014 - Abril 2015.

El mismo que se desarrolló con 30 cuidadores directos, pero específicamente con 20 personas quienes presentan nivel de sobrecarga intensa.

De esta manera se evaluará la eficacia de la aplicación de la Técnica de Solución de Problemas, en la sobrecarga de los cuidadores directos de personas con discapacidad de la Fundación “Protección y Descanso.

El trabajo está dividido considerando las siguientes partes:

El Capítulo I: Proyecta el problema del estudio, puntualizando el objetivo general, objetivos específicos, la justificación de la investigación, delimitación y alcances del estudio

El Capítulo II: Analiza el Posicionamiento Teórico personal, los antecedentes relevantes y señala las base teóricas referidas al tema

El Capítulo II: Plantea el análisis de la metodología utilizando, señalando el tipo de investigación diseño, técnicas de recolección de datos, entre los aspectos esenciales del estudio

Y finalmente en el Capítulo IV: Se recogen las conclusiones y recomendaciones alcanzadas después del trabajo psicoterapéutico.

**CAPÍTULO I**  
**PROBLEMATIZACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento; es decir que el 15% de la población mundial sufre alguna discapacidad, por lo tanto por cada persona en situación de discapacidad existe un cuidador

En Latinoamérica Brasil es el país con más porcentaje de personas en situación de discapacidad con un 14.5%, seguido de Chile con 12.9% y Ecuador ocupa el tercer lugar con 12.1%. Son las cifras presentadas en el censo general 2005, realizado por el departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.(DANE, 2005)

En el Ecuador, las estadísticas del CONADIS; Consejo Nacional de Discapacidades, reportan un 13,2% de la población nacional en situación de discapacidad y un 48,9% afectada por algún tipo de deficiencia. (PreNatal, 2014)

A nivel de la provincia de Chimborazo, existen 12166 personas que presentan algún tipo de Discapacidad, y en relación a su capital Riobamba hay 5531 habitantes con Discapacidad.(CONADIS, 2014)

Debido a este alto porcentaje de personas con discapacidad, existe por cada uno de ellos una persona que está a cargo de su cuidado y atención, por lo que las condiciones de los cuidadores son particulares, en tanto que a nivel mundial se ha establecido una mayor proporción de mujeres dedicadas a este labor, en general con parentesco cercano a la persona que requiere el cuidado. El cuidar a otra persona conlleva gran responsabilidad lo que desencadena en los cuidadores sobrecarga, que se traduce en malestares a nivel, psíquico, social y físico, sumándole a esto que empiezan a aislarse, se deprimen con facilidad y en cierta forma abandonan su auto cuidado, sufriendo desgaste, sensación de impotencia y en muchos casos hay presencia de disturbios familiares, lo que hace que las relaciones se tomen más tensas(Silva, 2005), o como lo refiere otro estudio es frecuente que los cuidadores

reaccionen con actitudes y sentimientos negativos hacia el propio rol como cuidador. (Floriani, 2004)

La carga emocional y física que lleva el cuidador está descrita en la literatura como síndrome del cuidador es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador.

Las necesidades y demandas de familiares y cuidadores de personas en situación de discapacidad son muy variadas, dependiendo del tipo y grado de discapacidad, las condiciones económicas y personales que en el principio se tenga.

La familia es importante dentro del desempeño del cuidador, ya que debe ser el pionero de sostén, refuerzo y asistencia, tanto para la persona con discapacidad como para el cuidador directo, sin embargo es débil la respuesta de la misma familia y de la sociedad hacia esta demanda, situación que agrava la condición del cuidador llevándolo al deterioro de su propia salud y enfrentándose a situaciones difíciles, a las cuales no pueda resolver de forma eficaz.

No existen estudios específicos sobre los cuidadores de las personas con discapacidad en el Ecuador y por ende tampoco técnicas que se han aplicado para mejorar su calidad de vida o buscar solución al verdadero problema que existe dentro del sistema, debido a varios factores tanto externos como internos.

Con respecto a la Fundación “Protección y Descanso”, se ha evidenciado que no existen los servicios de profesionales en Salud Mental, por lo tanto no se da un adecuado seguimiento a nivel psicológico de la persona con discapacidad ni de sus

familias, las mismas que pertenecen a un status económico bajo, esto produce que no puedan acceder a este servicio.

Las personas con discapacidad que son parte de la fundación son personas adultas y la edad de sus cuidadores directos oscilan entre los 40 y 60 años de edad, por lo que no han podido beneficiarse de atención profesional para la aceptación y manejo de lo que con lleva tener a su cargo un hijo con discapacidad.

Los cuidadores directos de las personas con discapacidad no conocen técnicas de solución de problemas para la sobrecarga que presentan y es por esta razón que se les dificulta dar soluciones asertivas en los problemas del diario vivir, ésta responsabilidad se da independientemente del sentimiento y vínculo que posea con el mismo. Por lo tanto si no existe un aprendizaje de técnicas o habilidades para la resolución de conflictos, los cuidadores mantendrán su Nivel de Sobrecarga y las mismas situaciones problemáticas a lo largo de su vida, debido a su desconocimiento incluso estos contextos llegaran agravarse de manera irreversible.(Castro, 2009)

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Influye la Técnica de Solución de Problemas en la sobrecarga de cuidadores directos de personas con discapacidad de la Fundación “Protección y Descanso” Riobamba, período Noviembre 2014 - Abril 2015?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo General**

Evaluar la influencia de la Técnica de Solución de Problemas en la sobrecarga de cuidadores directos de personas con discapacidad de la Fundación “Protección y Descanso” Riobamba, Noviembre 2014 -Abril 2015.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el nivel de sobrecarga de los cuidadores directos de personas con discapacidad.
- Aplicar la Técnica de Solución de Problemas a los cuidadores directos que presentan nivel de sobrecarga intensa.
- Analizar los resultados de la aplicación de la Técnica de Solución de Problemas en la sobrecarga de los cuidadores directos de personas con discapacidad.

### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

En el campo de la Psicología es imperioso abordar al respecto de las situaciones y conflictos del cuidador y/o tutor de la persona que presenta algún tipo de discapacidad. Se ha demostrado conflictos familiares, se ha encontrado estrés manifestada en agresividad constante contra los demás, dureza en el manejo de las relaciones con otros miembros de la familia que puedan auxiliar en el desarrollo de la labor de cuidado, poca tolerancia con la persona atendida, negación de su estado real, aislamiento progresivo con tendencia a encerrarse en sí mismo, cansancio, sentimientos de culpa, haciendo que todo estos factores produzcan sobrecarga en el cuidador directo.

Existen diferentes factores que pueden incrementar su vulnerabilidad y expresar diferentes consecuencias negativas en los cuidadores, debido a esto se ha visto en la necesidad de enfocarnos directamente en ellos interviniendo en la búsqueda de soluciones y nuevas alternativas con la técnica propuesta. De esta manera aportaremos con conocimientos que servirá para que éste grupo de personas logren afrontar diferentes situaciones diarias.

Es de mucha importancia la aplicación de esta Técnica de Solución de Problemas ya que se logrará un cambio en el cuidador directo y por ende habrá un mejor trato

hacia la persona con discapacidad y en su sistema. La familia es el núcleo de la sociedad, portador de valores, costumbres, creencias, experiencias y aspiraciones y cuando existe una alteración positiva en un miembro existe también un efecto favorable en la familia y esto contribuye en la sociedad. Por lo tanto las nuevas soluciones asertivas que los mismos cuidadores directos identifiquen frente a sus distintos problemas; es decir lo aprendido durante la aplicación de la Técnica podrá ser utilizada no solo para resolver conflictos actuales, si no también adversidades en el futuro, teniendo en cuenta que la persona con discapacidad siempre va a formar parte de la familia y su condición no es reversible, por ende los problemas son inevitables, pero dependerá del cuidador el enfrentar de ahora en adelante los mismos, gracias al aprendizaje obtenido durante las sesiones.

Se beneficiará directamente a la Fundación en donde se va a realizar el proyecto debido a que aportará de una manera favorable en la identificación de los cambios a los conflictos que causa el convivir con un hijo o hija con discapacidad, ya que la Fundación “Protección y Descanso”, es una Institución que funciona con personas de recursos económicos medios y bajos, y no han accedido a Intervenciones o Terapias Psicológicas, por lo que esta realidad se viene dando desde el 2002, año que fue creada la Fundación, sin dar importancia o buscar solución alguna.

La presente tiene una total factibilidad ya que contamos con la apertura de la Fundación “Protección y Descanso” y la colaboración absoluta de los cuidadores directos para la aplicación de la Técnica de Solución de Problemas, atendidos en dicho establecimiento, a la vez que existe bibliografía extensa sobre la aplicación de esta Técnica de Solución de Problemas e información acerca de la sobrecarga en cuidadores de personas con discapacidad.



**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

La investigación se basa en el lineamiento de la Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud.

**Línea Macro:** Salud Integral.

**Sublínea:** Conducta y salud mental individual, familiar y social.

### **2.2 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL**

La investigación relacionada con el tema propuesto se enmarca en el enfoque cognitivo conductual.

La presente investigación se basa en los aportes de Thomas D'Zurilla y Marvin Goldfried en 1971, Psicólogos y Psicoterapeutas, quienes crearon la Técnica de Solución de Problemas y fue revisada por Thomas D'Zurilla y Arthur Nezu, Psicólogo e Investigador Clínico, quienes definen a la Técnica de Solución de Problemas como: “Una intervención cognitivo conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas (experiencias estresantes de la vida) y poner en marcha opciones de afrontamiento más eficientes”. (D'Zurilla & Nezu, 2007)

Arthur Nezu, como investigador clínico, ha publicado la metodología de la investigación, las terapias cognitivas y conductuales, la formulación de caso clínico, el estrés y afrontamiento.

Con respecto a la Sobrecarga en cuidadores el estudio se basará principalmente en los aportes de Steven Zarit, Psicólogo, quien define a la sobrecarga como: “El nivel en que los que proporcionan el cuidado perciben que su salud, vida social y personal y situación económica cambian por este hecho”(Lara, 2008). El individuo que

proporciona cuidado se enfrenta a diversos factores estresantes y su respuesta depende de determinados mediadores, como la forma en que se valora la situación, los recursos disponibles y el apoyo social. Siguiendo la lógica de este enfoque, Zarit diseñó la Escala de Sobrecarga del Cuidador.

## **2.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

Existen diversos estudios que utilizan la Técnica de Solución de Problemas por los buenos resultados que se han obtenido, ha sido aplicada en varios Trastornos Psicopatológicos, algunos de los más usuales son: Trastornos del Humor (afectivos), Trastornos Depresivos, Problemas de Estrés, Trastornos de Ansiedad Generalizada.

### **2.3.1 Antecedentes de la Investigación**

Mediante la revisión bibliográfica se ha podido encontrar los siguientes estudios relacionados con la investigación:

- **“Sobrecarga del cuidador principal”**

Autor: Fabiola Yonte Huete, Zahara Urión Pérez, Marta Martín Gutiérrez, Remedios Montero Herrero

Estudio realizado en Argentina

Año: 2010

**Conclusión:** “El perfil de nuestro cuidador es similar al de otros estudios, es decir, la mayoría de los cuidadores informales son mujeres, sin trabajo fuera del hogar y con insuficientes ayudas del sistema formal. En nuestro medio existen cuidadores con sobrecarga intensa y moderada, una parte asume su papel de cuidador sin percibir sobrecarga. Nuestros cuidadores demandan ayudas económicas. En nuestro estudio, el deterioro mental y los años de evolución no tienen una influencia estadísticamente significativa en el nivel de sobrecarga del cuidador principal. Este estudio nos permite identificar las necesidades y problemas de nuestros cuidadores. Priorizar las intervenciones y sus destinatarios, proporcionar respuestas efectivas, medidas de

alivio a los cuidadores con mayor sobrecarga sentida y evitar en lo posible el “síndrome del cuidador”. Y además servir de base para investigaciones futuras, por ejemplo, conocer el impacto de las medidas de intervención sobre los cuidadores.

- **“Evaluación de la Sobrecarga de Cuidadoras/es Informales”**

Autor: Viviane Jofré Aravena y Olivia Sanhueza Alvarado

Estudio realizado en Chile

Año: 2010

**Conclusión:** Los resultados presentados proveen una base para futuras investigaciones, que permitan explorar otras características y su relación con la sobrecarga de la tarea de cuidar. Se hace necesario que el Sistema de Salud proponga la creación de instancias que permitan a estas personas, que contribuyen silenciosamente con la salud de la comunidad, el desahogo de sus actividades, con la instauración de hospitales de día, o instituciones de cuidados de larga duración, que serán cada vez más necesarias dada la mayor esperanza de vida, con el consiguiente aumento de personas que no sólo padecen enfermedades crónicas sino que también personas más dependientes debido a la pérdida de habilidades no sólo motoras, sino que también intelectuales y que requerirán mayor cuidado y supervisión.

- **Perfil de resolución de problemas sociales y afrontamiento en ansiosos y depresivos chilenos**

Autor: Uwe Kramp

Estudio realizado en Chile

Año: 2012

**Conclusión:** En Chile, los trastornos ansiosos y depresivos representan casi un 28% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad. Esta investigación explora el perfil de resolución de problemas sociales y afrontamiento al estrés presente en personas acompañadas por síntomas ansiosos y depresivos. La muestra se compone de 1.179 participantes análogos chilenos (55,9% mujeres), con una

media de edad de 22,23 años (rango entre 18 y 48 años). Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas para las estrategias de resolución de problemas sociales y afrontamiento al estrés evaluadas. Así, a medida que aumentan los síntomas ansiosos o depresivos, las estrategias de resolución de problemas sociales o de afrontamiento al estrés se muestran cada vez menos adaptativas”.

- **“Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa”.**

Autor: Flores, Rivas, & Seguel

Estudio realizado en Chile

Año: 2012

**Conclusión:** Los cuidadores son mujeres, hijas, casadas, media de edad 58,6 años, condición socioeconómica baja, sin ocupación, escolaridad media incompleta, llevan 1-5 años cuidando, dedican 21-24 horas diarias, sin actividad recreativa, sin ayuda de otras personas y reconocen el apoyo de Centros de Salud Comunitarios. Más de la mitad presentan sobrecarga intensa. La variable sobrecarga del cuidador sólo se asoció significativamente a instituciones que apoyan al cuidador y es factor predictivo de la sobrecarga. El cuidado de las personas mayores se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa.

## **2.4 SOBRECARGA DE CUIDADORES DIRECTOS**

### **2.4.1 Antecedentes**

El concepto de "sobrecarga emocional" ha sido utilizado ampliamente en trabajos como los de Hunty Argimón, Zarit define este constructo como el nivel en que los que proporcionan un cuidado (cuidadores primarios), perciben que su salud, vida social y personal, así como situación económica se deterioran por realizar esta tarea.

Se ha comprobado que los cuidadores con alto nivel de sobrecarga, muestran peor autopercepción en su salud y una mayor probabilidad de tener trastornos emocionales. Los principales problemas que enfrentan estas personas incluyen: falta de asistencia de otros familiares para los cuidados del enfermo, e insuficiente comunicación con los médicos encargados del caso.

El impacto en la salud mental y emocional del cuidador es un aspecto fundamental que se ha abordado poco. Algunas investigaciones han documentado que la depresión es el trastorno más frecuente en esta población, en ocasiones en comorbilidad con ansiedad y abatimiento o desaliento, aunque otros problemas psicosociales también han sido documentados. Algunos expertos han señalado que estos datos no deben soslayarse, toda vez que sin los cuidadores, los costos de atención médica serían considerablemente mayores para las instituciones de salud pública.

Las tareas desempeñadas por las personas encargadas del cuidado de familiares con afecciones mórbidas mortales, terminales y discapacidad son fundamentales para favorecer una mejor calidad de vida en estos últimos. Desafortunadamente esta situación no siempre se da en las mejores condiciones, ya que en ocasiones los cuidadores no se encuentran en situaciones afectivas o emocionales óptimas, derivadas la mayoría de las veces de sus propios problemas familiares o personales. Debemos considerar también que el cuidado de personas con discapacidad, en este caso en particular, de aquellos que requieren cuidador directo, constituye por sí mismo un sobresaliente factor de riesgo para la aparición de alteraciones en el estado anímico de los proveedores de la atención. Sin lugar a dudas, no es fácil el cuidador directo de un familiar con una enfermedad potencialmente mortal. Los cuidadores informales dedican más de 40 horas semanales al cuidado de la persona en situación de dependencia.(Ortega, 2013). Estas jornadas, superiores en la práctica a las jornadas laborales del trabajo remunerado, también llevan asociadas lo que podríamos denominar “riesgos laborales”, consecuencias del cuidado.

Las cuidadoras se ven directamente afectadas por problemas físicos, mentales, socioeconómicos, hasta llegar a alterar, incluso, su capacidad para atender a la persona en situación de dependencia. Es lo que se denomina sobrecarga. Las

cuidadoras principales contraen una gran carga física y emocional que, en les hacen ser vulnerables y corren el riesgo de convertirse ellas mismas en enfermas. Se responsabilizan de la vida del enfermo (medicación, higiene, cuidados, alimentación, etc.) hasta el punto de perder su independencia.

### **2.4.2 Definición**

“Nivel en que los que proporcionan el cuidado perciben que su salud, vida social, personal y situación económica cambian por este hecho” (Lara, 2008)

### **2.4.3 Repercusiones del cuidado sobre la salud física y mental del cuidador informal**

#### **2.4.3.1 Salud Física**

Los efectos negativos del cuidado sobre la salud y el bienestar de los cuidadores informales han sido estudiados y analizados, siendo además objeto de preocupación por su fuerte impacto negativo sobre el cuidador (Carretero, 2002). Estos resultados de la investigación han llevado a etiquetar este conjunto de repercusiones con el término de «síndrome del cuidador» como si de una patología clínica se tratara. De hecho, se ha llegado a afirmar que las secuelas físicas y mentales generadas por la provisión de asistencia a una persona con discapacidad pueden provocar que el propio cuidador demande cuidados de larga duración. (Zavala, 2013)

La carga del cuidado se manifiesta en una serie de áreas que limitan la calidad de vida de la cuidadora. Entre las principales consecuencias que experimenta la cuidadora principal se encuentran las relacionadas con la salud física. Es muy frecuente en las cuidadoras el cansancio, la fatiga, el riesgo de enfermedades y la sensación de que su propia salud ha empeorado.

Generalmente visitan más al médico y tienen más dificultades para recuperarse de las enfermedades que las personas de su misma edad que no cuidan. La aparición de enfermedades suele estar relacionada con las que aparecen en su grupo de edad

aunque, como consecuencia del cuidado, éstas se ven sumamente agravadas. Tal y como ya hemos señalado, la edad de los cuidadores familiares oscila entre los 45 y los 65 años, lo que implica para las edades más cercanas a los 65 que comienzan a experimentar ellos mismos procesos de envejecimiento (pérdida de fuerza muscular, cambios en las estructuras del movimiento, etc.).

#### **2.4.3.2 Efectos sobre la Salud Física**

- Presencia de síntomas psicosomáticos
- Aparición de problemas cardiovasculares como presión sanguínea elevada, mayor riesgo de hipertensión y de aparición de una enfermedad de corazón.
- Aparición de trastornos inmunológicos, como curación más lenta de las heridas. La investigación ha mostrado que, entre los cuidadores frente a sujetos control, las enfermedades virales tardan más tiempo en remitir y tres medidas de inmunidad celular son más bajas.

#### **2.4.3.3 Salud Mental**

Los efectos sobre la salud mental en forma de trastornos psicopatológicos aparecen de forma más frecuente e intensa que las enfermedades físicas como los trastornos depresivos, ansiedad, hostilidad, ira, aparecen de forma repetida como efectos mentales y emocionales. Se ha constatado que los cuidadores directos tienen un mayor riesgo de experimentar malestar psicológico y muestran tasas más elevadas de depresión y ansiedad así como niveles de estrés incrementadas cuando se compara con la población general.

En el ámbito internacional, aproximadamente la mitad de los cuidadores están clínicamente deprimidos y no saben cómo resolver los problemas que se le presenta en la vida cotidiana. Por otro lado las repercusiones del cuidado sobre la salud mental del cuidador son diferentes en función a su sexo. A si los resultados de la investigación realizada en sentido aluden a una mayor probabilidad de desarrollar trastornos del estado de ánimo ansiedad y depresión y síntomas asociados con el estrés entre los cuidadores frente a los cuidadores hombres.



En diferentes estudios las cifras indican que aproximadamente la mitad de mujeres cuidadoras frente a un tercio de varones cuidadores experimentan depresión como resultado del cuidado. (Zavala, 2013)

La mayoría de los cuidadores tiene problemas para verbalizar y definir su situación y suelen describirlos como desánimo o falta de fuerzas. Suelen sufrir ansiedad, irritabilidad, tristeza, preocupación, soledad y culpabilidad. La depresión, la ansiedad y el insomnio son síntomas del alto nivel de estrés emocional que padecen. Estas alteraciones están relacionadas con la falta de apoyo social, la carencia de recursos económicos, el sentimiento de culpa y las limitaciones psicofísicas del cuidador.

#### **a) Las transformaciones sociales**

Como consecuencia del cuidado, requieren especialmente atención por su implicación social, las transformaciones que afectan a las relaciones con la familia, el trabajo, la economía o el ocio.

#### **b) La familia**

Los conflictos familiares pueden aparecer porque otros miembros de la familia no están de acuerdo con comportamientos, decisiones o actitudes de las cuidadoras hacia la persona con discapacidad.

Las cuidadoras se resienten mucho al contemplar que los demás miembros de la familia no valoran lo suficiente el esfuerzo personal que está haciendo para cuidar de la persona mayor con discapacidad.

#### **c) El trabajo y la situación económica**

El cuidado tiene consecuencias sobre las obligaciones laborales, como el absentismo o la conflictividad. Para muchas cuidadoras es muy difícil mantener el trabajo mientras cuidan.

Las responsabilidades laborales crean tensión en las cuidadoras, que sienten que abandonan a su hijo para ir a trabajar y, cuando alguna tarea del cuidado les acapara, la sensación de no estar cumpliendo con su obligación. Muchas de las cuidadoras que trabajaban tuvieron que abandonar su puesto para poder cuidar o bien, cuando es posible, reducir su jornada laboral. En este sentido, los familiares demandan mayor flexibilidad real para poder conciliar la vida laboral y profesional con su vida personal.

Las cuidadoras plantean dificultades en este sentido, incluso en las administraciones públicas asociadas a la situación laboral aparecen las dificultades económicas, bien porque se pierden ingresos como consecuencia del abandono o disminución de la jornada laboral o bien por los gastos derivados de cuidar a la persona con discapacidad.(Castón, 2009)

#### **d) El tiempo libre**

Se ve muy resentido en las cuidadoras. Las actividades sociales y de ocio disminuyen drásticamente porque el cuidado requiere mucho tiempo y dedicación.

Cuidar limita las posibilidades de tener espacio y tiempo para una misma, especialmente porque la figura de la cuidadora está asociada con el cuidado no compartido. La disminución de estas actividades contribuye al sentimiento de tristeza y aislamiento de las cuidadoras. El resultado final del cuidado sin ayuda de otros recursos familiares y sociales es que la cuidadora principal se desatiende a sí misma, acaba careciendo de tiempo libre, aparta sus aficiones, sus contactos sociales y se ve obligada a aparcar su propio proyecto vital. Hasta tal punto afectan todos estos aspectos a la cuidadora principal, que existen investigaciones específicas sobre los cuidados que administran las cuidadoras como factor de mortalidad. (Castón, 2009)

#### **2.4.3.4 Síndrome del Cuidador**

El Síndrome del Cuidador es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico.

La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador.

Conforme el tiempo va pasando el cuidador poco a poco:

- Va asumiendo una gran carga física y psíquica, se responsabiliza por completo de la vida del afectado (medicación, visitas médicas, cuidados, higiene, alimentación, etc.).
- Va perdiendo paulatinamente su independencia ya que la persona con discapacidad cada vez le absorbe más se desatiende a sí mismo: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital.
- Y es que “el tiempo no lo cura todo”... Conforme pasa el tiempo, la calidad de vida del afectado va mejorando considerablemente, mientras que la del cuidador va decayendo.(Capandeguy, 2013)

#### **2.4.3.4.1 Síntomas de alerta del síndrome del cuidador**

Los principales síntomas de alarma que nos deben hacer sospechar la existencia del Síndrome del Cuidador son:

- Agotamiento físico y mental
- Labilidad emocional: cambios de humor repentinos
- Depresión y Ansiedad
- Conductas de consumo abusivas: tabaco, alcohol
- Trastorno del sueño
- Alteraciones del apetito y del peso
- Aislamiento social
- Dificultades cognitivas: problemas de memoria, atención
- Problemas laborales

### **2.4.3.5 Fases del síndrome del cuidador**

Su aparición no es repentina sino paulatina ya que el cuidador va pasando por una serie de fases.

#### **1ª Fase: Ante la nueva situación, un líder**

Un solo miembro de la familia suele asumir el papel del cuidador principal, sintiéndose con la responsabilidad para sobrellevar todo lo que la nueva situación requiere.

#### **2ª Fase: Desajuste entre las demandas y los recursos**

Pronto se produce un desajuste entre las excesivas demandas que suponen el cuidado de paciente y los recursos personales y materiales con los que cuenta el cuidador. Esto le obliga a realizar un sobreesfuerzo que poco a poco va agotando sus fuerzas.

#### **3ª Fase: Reacción al sobreesfuerzo**

Reactivo a ese sobreesfuerzo aparece:

- Ansiedad, nerviosismo, tristeza
- Fatiga mental y física: sensación de “no poder más”
- Irritabilidad: uno acaba “perdiendo los nervios” ante cualquier situación
- Estrés, preocupación excesiva ante cualquier imprevisto
- Agresividad: reacciones desmesuradas
- Tensión contra los cuidadores auxiliares: “nadie lo cuidada cómo yo. sí no llega a ser porque estoy yo pendiente...”
- Tendencia a encerrarse en uno mismo, soledad: no tenemos tiempo ni ganas de ver a nadie; no tenemos a quién contarle lo que sentimos...“además cómo voy a quejarme yo con lo que tenemos en casa”.

Y aparecen una serie de sentimientos en conflicto:

- Queremos cuidar y cuidar bien, pero a veces sentimos que la situación escapa a nuestro control
- Nos sentimos mal por no haber reaccionado como “tocaba”

- Sentimos que no estamos a la “altura” de las circunstancias
- Nos sentimos culpables por disfrutar de las cosas, por dedicarnos tiempo o cuidados a nosotros mismos o incluso por pedirlo.(Capandeguy, 2013)

#### 2.4.3.6 Clasificación de los cuidadores

##### a) Según los motivos por los que se cuida

La mayoría de las personas que cuidan a sus familiares están de acuerdo en que se trata de un deber moral que no debe ser eludido y que existe una responsabilidad social y familiar, unas normas sociales, que deben ser respetadas. Sin embargo, no es ésta la única razón que puede llevar a las personas a cuidar a sus familiares. Los cuidadores también señalan otros motivos para prestar cuidados:

- **Por motivación altruista**, es decir, para mantener el bienestar de la persona cuidada, porque se entienden y comparten sus necesidades. El cuidador se pone en el lugar del otro y siente sus necesidades, intereses y emociones.
- **Por la gratitud y estima** que les muestra la persona cuidada.
- **Por sentimientos de culpa del pasado:** algunos cuidadores se toman el cuidado como una forma de redimirse, de superar sentimientos de culpa creados por situaciones del pasado
- **Para evitar la censura** de la familia, amigos, conocidos, etc. en el caso de que no se cuidara al familiar en casa.
- **Para obtener la aprobación social** de la familia, amigos, conocidos y de la sociedad en general por prestar cuidados.

##### b) Según el parentesco

- **Padres o hijos:** es posible que el paciente sea la mamá o el papá. O en el caso que sea su hijo se siente obligados a cuidarlos y desempeñar su función como padres.
- **Otro miembro de la familia:** cuando se trata de un abuelo, primo o tío enfermo, se realiza una elección de la persona que mejor pueda desempeñar esta labor.

Como en cualquier situación de la vida, este cambio requiere un proceso de acomodación.

c) **Según las funciones de cuidado**

- **Cuidador principal:** generalmente vive en el domicilio y es el encargado de la mayor parte de su cuidado. Tienen una relación muy cercana y por eso, se encuentra al cuidado del paciente casi todo el día.
- **Cuidador formal:** es la persona que cuenta con la formación profesional para cuidar y obtiene una remuneración económica por esta labor.
- **Cuidador informal:** son aquellas personas que forman parte del grupo familiar y colaboran en la atención del paciente. No están a cargo de su cuidado todo el tiempo pero ayudan en mayor o menor medida en el cuidado del enfermo. (Capandeguy, 2013)

#### 2.4.3.7 Perfil del cuidador o cuidadora

Programa de educación social familiar y de atención al cuidador y cuidadora

Fernando García: Educador Social

a) **El cuidador familiar**

- Son los familiares que, por diferentes motivos, dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo a permitir que otro familiar pueda desenvolverse en su vida diaria, ayudándole, y a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad les impone.

b) **El cuidador informal**

- Son las personas que no pertenecen a ninguna institución pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio (Capandeguy, 2013)

#### **2.4.3.8 Estrés y cuidador directo: la carga del cuidador**

El sistema de apoyo social informal asume la mayor parte de la asistencia a las personas con discapacidad. Esta asistencia ha de ser diaria e intensa, implica una elevada responsabilidad, y se mantendrá durante años. El cuidado se convierte por lo tanto en un estresor que impacta negativamente sobre el cuidador y que probablemente le sobrecargará. En este sentido, el cuidado directo ha sido conceptualizado como un evento vital estresante (Zavala, 2013)

De hecho, las personas que asumen el cuidado de una persona con problemas de dependencia suelen experimentar graves problemas de salud física y mental así como consecuencias negativas sobre su bienestar psicológico derivados del estrés originado por las circunstancias en que se desarrolla el cuidado. En este sentido, los cuidadores informales se enfrentan, por un lado, a estresores inmediatos propios del desempeño del cuidado, y por otro, al deterioro de proporcionar asistencia durante un período de duración no determinada sin saber cuándo descansarán. Esta situación de malestar y estrés sobre el cuidador ha sido conceptualizada con el término general de carga.

#### **2.4.3.9 Concepto de carga**

El término carga ha sido ampliamente utilizado para caracterizar las frecuentes tensiones y demandas sobre los cuidadores. A principios de la década de los 60, mencionaron por primera vez este concepto en la bibliografía científica, al describir la carga percibida por los familiares al cuidado de sus semejantes afectados por alguna enfermedad mental en el domicilio. (Lopetrone, 2012)

La definición que se le dio al concepto de carga en ese momento, y que ha sido adoptada por otros autores de forma más o menos amplia en la investigación sobre las repercusiones negativas del cuidado informal, ha sido la de asumirlo como un término global para describir la consecuencia física, emocional y económica de proporcionar el cuidado.(Carretero, 2002)

En este sentido, merecen ser destacadas las aportaciones realizadas por Zarit y colaboradores quienes identificaron la carga generada por la provisión de cuidados

como “un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador”, así como la de George y Gwyther que entienden la carga como “La dificultad persistente de cuidar y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que pueden estar experimentando o ser experimentados por miembros de la familia que cuidan a un familiar con incapacidad o algún tipo de deterioro”.

Similarmente, otros autores han descrito la carga como el impacto que el cuidado tiene sobre la salud mental, la salud física, otras relaciones familiares, el trabajo y los problemas financieros del cuidador.

Así, en un primer momento, el término carga fue elaborado como una percepción subjetiva del impacto del cuidado por parte del cuidador. En concreto, la carga subjetiva, también llamada tensión, haría referencia a las actitudes y a la reacción emocional del cuidador ante el desarrollo del cuidado, como por ejemplo, la moral bajo un estado de ánimo desmoralizado, ansiedad y depresión.

Posteriormente, se incluyó el componente objetivo de la carga. La carga objetiva está relacionada con la dedicación al desempeño del rol de cuidador. De forma específica, englobaría indicadores tales como el tiempo de cuidado, las tareas realizadas, el impacto del cuidado en el ámbito laboral, las limitaciones en la vida social, y las restricciones en el tiempo libre.

Por otro lado, la mayoría de la investigación realizada sobre las consecuencias negativas del cuidado informal recalca la existencia de cierta variabilidad individual existente entre los cuidadores respecto a la carga y el estrés, dado que los cuidadores no responden de la misma forma a los mismos estresores ni a los mismos niveles de demandas ni tampoco utilizan los mismos recursos para afrontarlos.

En este sentido, se ha hecho hincapié en que existen diferencias individuales entre los cuidadores respecto a la carga y estrés percibidos; algunas personas son capaces de adaptarse de forma efectiva a las aparentemente desbordantes circunstancias, mientras que otras son vencidas por estresores mínimos; además se ha constatado la



existencia de fluctuaciones en la adaptación a los estresores a lo largo del tiempo de cuidado.(Carretero, 2002)

#### **2.4.3.10 Prevención de la sobrecarga del cuidador**

La vida del cuidador/a cambia a raíz del diagnóstico de la enfermedad en su familiar. De la incredulidad se pasa en unos casos a la resignación y, en otros, a la desesperación por intentar organizar la vida lo más rápidamente posible. Su nueva responsabilidad induce una profunda transformación de su forma y calidad de vida, ya que nadie está preparado para vivir 24 horas al día con una persona que cada día va necesitando una mayor asistencia, siendo testigo del progresivo deterioro de su familiar.

Esta situación generará, muy probablemente, profundas reacciones afectivas y emocionales: tensión, ira, tristeza o culpabilidad, e irán apareciendo, a medida que avanza la enfermedad, los síntomas que caracterizan el llamado “síndrome del cuidador”, y que afectan y repercuten en todas las esferas de la persona cuidador/a.

##### **2.4.3.10.1 El síndrome del cuidador se caracteriza por presentar un cuadro plurisintomático que suele afectar y repercutir en todas las esferas de la persona cuidador.**

- **Físicas:** falta o decaimiento de fuerzas, fatiga física o ausencia de iniciativa (astenia); alteración del sueño, dolor de estómago o cabeza frecuentes, dolores osteomusculares, entre otros.
- **Psíquicas:** irritabilidad, ansiedad, estrés, reacción anticipada al duelo, entre otros.
- **Alteraciones del funcionamiento familiar:** incremento de la tensión entre los miembros de la familia, conflictos conyugales, conflictos entre los hermanos, dejadez de unos frente a sobre implicación de otros.
- **Alteraciones socio-familiares:** aislamiento, rechazo, abandono, soledad, disminución o pérdida del tiempo libre, entre otros.

- **Problemas laborales:** absentismo laboral, bajo rendimiento, irritabilidad, tensión, entre otros.

#### 2.4.3.10.2 Medidas puede adoptar para prevenir la sobrecarga

- **Tenga una adecuada información sobre la enfermedad de su familiar.**
- **Comparta los cuidados:** organicen los cuidados entre los miembros de la familia que puedan o estén en disposición de hacerlo, y busque ayuda externa si es necesario.
- **No abandone su actividad laboral** si la tiene; si es necesario redúzcala pero no la abandone totalmente.
- **No abandone su actividad social;** es probable que tenga que reducirla, pero piense que esos momentos de distracción y ocio, son necesarios para su bienestar físico y psíquico e imprescindibles para poder llevar a cabo su labor como cuidador/a.
- **No descuide su relación con otros miembros de la familia** e intente que todos estén informados sobre la enfermedad de su familiar, así podrán entender y cooperar mejor en el proceso.
- **Acuda a grupos de apoyo.**

#### 2.4.3.11 Autocuidados en el cuidador/a

Lo primero que se tiene que tener en cuenta es que para poder cuidar es necesario cuidarse. Como cuidador/a principal, es una de las personas más importantes en la vida de una persona con discapacidad, porque ésta dependerá del cuidado que le brinde. Cuidar de una persona con discapacidad puede ser muy duro, requiere tiempo, energía y una gran dosis de paciencia. Por mucho que lo quiera, cuidarle no deja de ser una tarea difícil.

A veces abusan de la capacidad física y psíquica, piensan que “pueden hacerlo sin dificultad”, que nadie lo hará mejor que y se convierten, a veces sin querer, en “imprescindibles”. Es importante ser realista sobre la enfermedad y sus efectos. El proceso de aceptación no es fácil, pero tiene que admitir que su hijo o hija “no se va

a curar”, gradualmente irá estando peor y este proceso puede ser muy lento o rápido. No podrá pronosticar cuál será su futuro inmediato, aceptar el día a día, organizar el tiempo y sus prioridades como cuidador/a.

Es muy habitual que personas que no conviven diariamente con el enfermo “organicen la vida del enfermo y su cuidador”, aceptar sugerencias, probablemente podrán dar buenas ideas; no cerrarse a nuevas opciones.

Aceptar sentimientos: es totalmente normal tener sentimientos encontrados y oscilantes durante el día

Cuidar la salud, no la ignore. Procurar llevar una dieta sana y equilibrada; encuentra a lo largo del día algún momento para hacer un poco de ejercicio o dar un paseo; organizar el tiempo de ocio para que realmente pueda aprovecharlo. No olvidar que es necesario descansar y que tener un sueño reparador. No dudar en consultar con el médico cualquier alteración que manifieste.

## **2.5 TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

### **2.5.1 Antecedentes y Definición**

Mahoney y Arknoff distinguen tres terapias de solución de problemas: la terapia de solución de problemas de D’Zurilla y Goldfried, la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure y la ciencia personal de Mahoney. De las tres terapias, la que tiene mayor aceptación y utilización es la terapia de solución de problemas de D’Zurilla, que ha sido denominada “terapia de solución de problemas sociales”.

Según D’Zurilla y Nezu, “la solución de problemas ‘eficaz’ requiere cinco procesos componentes interactuantes, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema”(Love, 2013). Estos procesos son los siguientes:

La terapia de solución de problemas, también llamada entrenamiento en resolución de problemas, es una estrategia de intervención clínica que consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al cliente a resolver sus propios problemas vitales. El objetivo general de la técnica es mejorar la competencia social y disminuir el malestar psicológico. Fue creada por D'Zurilla y Goldfried en 1971 y revisada en 2007 por D'Zurilla y Nezu. El supuesto en el que se basa la Terapia de Solución de Problemas es que los problemas psicológicos son consecuencia de conductas de afrontamiento inefectivas

Los pasos propuestos inicialmente por D'Zurilla y Goldfried eran:

- Definir el problema, de forma precisa y en términos concretos, observables e idealmente medibles.
- Desarrollar soluciones alternativas (tormenta de ideas). Se trata de llegar a la mayor variedad de posibles soluciones. En esta etapa, ninguna idea es mala, pues cualquiera de ellas podría ser la solución.
- Tomar una decisión y ejecutar. Se decide proceder, después de evaluar la idea más factible y más probable de tener éxito.
- Evaluar los resultados.
- Reiniciar el proceso, de encontrarse necesario (gracias a la etapa anterior donde se evalúa el éxito de la implementación).

Podemos definir problema como el fracaso para encontrar una respuesta eficaz. La solución de problemas es útil para reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones.

El término solución de problemas sociales hace referencia al proceso de solución de problemas que tienen lugar en nuestro entorno natural. Puede describirse como una habilidad compuesta de diferentes componentes. El proceso de solución de problemas está determinado principalmente por dos procesos parcialmente independientes: la orientación al problema y el estilo de solución de problemas.

La orientación al problema es un proceso metacognitivo determinado por el funcionamiento de esquemas cognitivo-emocionales (creencias, emociones, etc.) que

reflejan en gran medida la percepción del individuo sobre los problemas que ocurren en su vida y sobre su propia capacidad para resolverlos.

### **2.5.2 Estilos de solución de problemas**

Hacen referencia a la forma específica de articular las diferentes fases del proceso de solución de problemas y a la forma en las que estas se llevan a cabo. Existen tres estilos principales: la solución de problemas racional, el estilo impulsivo-descuidado y el estilo evitador.

La solución de problemas racional consiste en la aplicación racional, controlada y sistemática de las habilidades de solución de problemas (definición del problema, generación de alternativas, toma de decisiones e implementación).

El estilo impulsivo-descuidado se caracteriza por la aplicación de las habilidades de solución de problemas pero de una manera rígida, impulsiva, descuidada, rápida e incompleta. Suelen considerar pocas soluciones alternativas y actuar de forma impulsiva de acuerdo con la primera idea que les viene a la cabeza.

El estilo evitador se caracteriza por la procrastinación (aplazamiento sistemático de actividades y desidia), la pasividad o inactividad y la dependencia. Los evitadores prefieren evitar antes que afrontar, posponen sus problemas tanto como les es posible, esperan que los problemas se resuelvan solos y tratan de conseguir que otras personas se hagan responsables de sus problemas. El estilo racional es que está asociado con mejores resultados, siendo los otros dos claramente disfuncionales. (Love, 2013)

### **2.5.3 Principales conceptos dentro de la terapia de solución de problemas**

- a) **Solución de problemas.** Es un proceso consciente, racional, que requiere esfuerzo y de naturaleza cognitivo-conductual por el que un individuo, pareja o grupo trata de identificar soluciones efectivas a problemas específicos que aparecen en la vida cotidiana. El proceso permite encontrar una variedad de soluciones efectivas e incrementar la probabilidad de seleccionar la más eficaz.

- b) **Problema.** Es una situación o tarea que requiere de una respuesta para poder mantener un funcionamiento adaptativo y ante la cual no existen respuestas disponibles o existen obstáculos (Ej., novedad, ambigüedad, incertidumbre, conflictos entre las demandas, déficit de habilidades) que las dificultan.
- c) **Solución.** Es una respuesta o un patrón de respuestas que resultan del proceso de solución de problemas. La solución debe maximizar las consecuencias positivas y minimizar las negativas en una situación dada. Dichas consecuencias incluyen resultados sociales y personales tanto a corto como a largo plazo.
- d) **Solución de problemas vs. implementación de soluciones.** La solución de problemas hace referencia al proceso de encontrar soluciones para un problema específico. La implementación hace referencia al proceso de llevar a cabo las soluciones en las situaciones problemáticas actuales.

#### **2.5.4. Principios de una orientación al problema efectiva**

- Aceptación de los problemas como una parte normal y esperable de la vida.
- Creencia en la propia capacidad para resolver problemas de forma efectiva.
- Utilizar y etiquetar el malestar y los síntomas fisiológicos como claves para identificar la presencia de un problema. Se trata de utilizarlas como señales de alerta que nos permitan poner en marcha el proceso de solución de problemas o incluso anticiparnos.
- Inhibir la tendencia natural a responder de forma emocional ante las situaciones problema. Se trata de utilizar el principio de “parar y pensar” en estas situaciones.
- Adoptar una postura realista con respecto al proceso de solución de problemas, asumiendo que el tiempo y el esfuerzo son importantes en la identificación e implementación de las soluciones efectivas. (Love, 2013).

#### **2.5.5 Entrenamiento en definición y formulación del problema**

- a) **Recoger toda la información relevante.** Las personas con problemas emocionales suelen presentar la tendencia a buscar de forma selectiva la información que confirma sus sentimientos de desesperanza. También suelen confundir con frecuencia los hechos con opiniones. En esta etapa es útil asumir el rol de

investigadores o periodistas. Al actuar como investigadores debemos responder a las siguientes preguntas: ¿Quién?, ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Por qué?, y ¿Cómo? Es importante recordar que al recoger esta información buscamos hechos, y que si tenemos ciertas creencias o sospechas, todo buen periodista necesita contrastarlas.

**b) Describir los hechos de forma clara y sin ambigüedades.** Se trata de utilizar un lenguaje preciso para hacer referencia a los hechos que forman el problema (eventos internos y externos). Junto con los intentos por definir de forma operativa los eventos que forman parte del problema (Ej., mi matrimonio es una ruina vs. no nos ponemos de acuerdo sobre a qué colegio llevar al niño), es importante ayudar a separar la información relevante para la solución de éste, de aquella información accesorio o irrelevante. Esto debe llevar a una mejor capacidad para discriminar el tipo de problema al que se enfrenta:

### 2.5.6 Principales tipos de problemas

- Déficit conductuales (Ej., falta de habilidades sociales).
  - Desajustes en las expectativas personales (Ej., “creía que disfrutaría más con este trabajo”).
  - Distorsiones cognitivas (Ej., “He fallado como mujer por el comportamiento de mi hijo”).
  - Confusión por conflictos entre distintos objetivos o metas (Ej., trabajar más para ganar más dinero implica estar menos con la familia).
- a) **Minimizar las distorsiones cognitivas.** Una vez que la persona empieza a tener un listado de información relevante, el terapeuta debe ayudarle a reorganizar, seleccionar y descartar, resumir y tratar de observar y corregir la existencia de errores o sesgos cognitivos que deterioren la percepción del problema.
- b) **Comprender la naturaleza de un problema.** Se trata de especificar con mayor nivel de precisión lo referente a las metas. Para ello es importante el uso de la imaginación. Al utilizar la imaginación y la fantasía de la persona para especificar la naturaleza de las metas, se hace más accesible la discrepancia entre

la situación actual y el objetivo o meta del paciente. La percepción de esta discrepancia permite aclarar algunos de los obstáculos que la persona está encontrando. Además, el plantear los objetivos como una fantasía suele permitir a los pacientes depresivos vencer la desesperanza inicial en el planteamiento de las metas y facilita la motivación. En esta estrategia el terapeuta pide a la persona que describa con todo lujo de detalles la imagen de un futuro en el que sus principales problemas están resueltos. Si la imagen es incompleta el terapeuta puede formular preguntas para aclarar los puntos menos desarrollados.

- c) **Establecer metas realistas.** Partiendo del ejercicio anterior, la persona debe concretar con más detalle las principales metas u objetivos en relación al/ los problemas, y partiendo de estas, se establecerán submetas. De acuerdo con estas submetas se determinarán los principales obstáculos (Ej., falta de habilidades, recursos, incertidumbre, miedos, etc.) que la persona encuentra al intentar alcanzarlos. Los problemas podrán agruparse en objetivos orientados a la emoción y objetivos orientados al problema. En esta fase es probable que aparezcan distorsiones cognitivas o creencias poco realistas relacionadas con la autoeficacia. Para resolverlos suele ser útil la mayoría de veces reducir el perfeccionismo y la exigencia elevados.

## **2.6 Modelo de Intervención Psicoterapéutico Aplicado**

La técnica de solución de problemas, es una técnica cognitivo-conductual que pretende facilitar una conducta eficaz, modifica la conducta, trata de producir consecuencias y refuerzos positivos, así como evitar las consecuencias negativas. La técnica parte del hecho de que las personas somos solucionadores de problemas y que hay diferencias individuales en esta habilidad. Como consecuencia aquellas personas con cierto déficit en la capacidad para solucionar problemas adecuadamente suelen tener una competencia social algo más deficiente que los que son capaces de resolver problemas eficazmente.

Es importante el papel de las emociones en la solución de problemas sociales, pues las respuestas emocionales pueden facilitar o inhibir la ejecución de la solución de problemas. Por tanto, el conocimiento y control de las respuestas emocionales es



importante para una eficiente y efectiva ejecución de las soluciones. En ese sentido, pueden servir de ayuda las técnicas de relajación como estrategia de control de la activación.

➤ La Guía de solución de problemas utilizada consta de los siguientes pasos:

### **2.6.1 Primer paso: Concretar el problema (uno por cada vez a emplear el método)**

Identificar las situaciones problemáticas. Es importante reconocer que no hay ninguna situación en sí misma problemática, más bien existen respuestas ineficaces a diferentes situaciones; de hecho, el tener problemas es algo intrínseco al ser humano. Sin la existencia de problemas no lo seríamos, se debe partir del hecho de que tener problemas es algo normal en el ser humano.

El siguiente cuestionario de lista de problemas ayuda a identificar y especificar el problema, en las diferentes áreas propuestas. Cualquier respuesta a cada tipo de problema que sea igual o mayor a 3 requerirá buscar soluciones asertivas.

#### **• Lista de Problemas**

Emplee la siguiente escala para responder a como le afectan los siguientes problemas:

0=No me afecta nada 1=Me afecta levemente 2=Me afecta bastante 3=Me afecta mucho

##### **ÁREA DE SALUD FÍSICA:**

1. Problemas del sueño.....0 1 2 3
2. Problemas con el peso.....0 1 2 3
3. Abuso de alcohol o tabaco.....0 1 2 3
4. Cansancio crónico.....0 1 2 3
5. Problemas médicos de larga duración.....0 1 2 3
6. Otro (anotar): .....0 1 2 3

##### **ÁREA ECONÓMICA:**

1. Tener poco dinero para final de mes.....0 1 2 3
2. Poco dinero para cubrir necesidades básicas....0 1 2 3
3. Exceso de deudas.....0 1 2 3
4. Gastos imprevistos.....0 1 2 3
5. Poco dinero para aficiones y tiempo libre.....0 1 2 3

6. Otro (anotar): .....0 1 2 3

**ÁREA DE TRABAJO:**

1. Trabajo monótono y aburrido.....0 1 2 3
2. Relaciones difíciles con el jefe o superior.....0 1 2 3
3. Problemas de relación con los compañeros.....0 1 2 3
4. Temor a perder el trabajo.....0 1 2 3
5. Otro (anotar): .....0 1 2 3

**VIVIENDA:**

1. Mala relación con los vecinos.....0 1 2 3
2. Casa demasiado pequeña.....0 1 2 3
3. Malas condiciones de la vivienda.....0 1 2 3
4. Casa demasiado apartada de trabajo o escuela.....0 1 2 3
5. Otro (anotar) .....0 1 2 3

**ÁREA DE RELACIONES SOCIALES:**

1. Tímido o vergonzoso con otras personas.....0 1 2 3
2. Tener pocas amistades.....0 1 2 3
3. Muy sensible a las críticas de los demás.....0 1 2 3
4. Dificultad para llevar una conversación.....0 1 2 3
5. Otros (anotar) .....0 1 2 3

**ÁREA DE TIEMPO LIBRE:**

1. Tener poco tiempo libre.....0 1 2 3
2. Disfrutar poco de las diversiones.....0 1 2 3
3. Poca habilidad para el deporte.....0 1 2 3
4. Deseo de viajar.....0 1 2 3
5. Otro (anotar): ....0 1 2 3

**ÁREA DE RELACIONES FAMILIARES Y DE PAREJA:**

1. Desacuerdos con mi pareja .....0 1 2 3
2. Desacuerdos con otros familiares.....0 1 2 3
3. Ruptura o separación matrimonial.....0 1 2 3
4. Problemas con los niños o la escuela.....0 1 2 3
5. Otros (anotar): ...0 1 2 3

**ÁREA PSICOLÓGICA O EMOCIONAL:**

1. Dificultad para controlar la irritación.....0 1 2 3
2. Exceso de ansiedad o nerviosismo.....0 1 2 3
3. Exceso de exigencia y perfeccionismo.....0 1 2 3
4. Sentimientos depresivos.....0 1 2 3
5. Otros: .....0 1 2 3

## 2.6.2 Segundo paso: Concretar como solemos responder por costumbre a ese problema

Se requiere concretar como se suele responder a las situaciones que se considera como problemática, sin tener un previo conocimiento o una guía de un profesional para enfrentar el conflicto. Una forma de tener información precisa de este segundo paso es realizar el autorregistro, formato que está compuesto por distintas columnas:

- **Situación:** Se especifica algún ejemplo de problema; es decir detallar cual es el conflicto que no está brindando bienestar al cuidador, con quien o quienes tiene la dificultad y como se desarrolla el aprieto.
- **Pensamientos Automáticos:** Especificar con un previo conocimiento e información de lo que es un pensamiento automático y como funciona ante el la situación de problema, ya que facilitará el buscar soluciones de manera más tranquila.
- **Estado emocional:** Detallar de qué manera responde ante el problema; es decir cuál es el estado de ánimo que expresa las personas, indicando sus diferentes emociones.
- **Conducta:** Refleja la manera habitual de responder al conflicto; que realiza, como actúa, que reacción se tiene en el momento exacto de presenciar o vivir el problema que le aqueja.
- **Resultado:** En esta última columna se registra cual fue el resultado final, después de haber reconocido el conflicto e identificados los pensamientos automáticos, el estado emocional y la conducta, tener claro todo lo que significa tener un problema, de esta manera continuar con el siguiente paso.

Situación (detallar el problema)	Pensamientos automáticos	Estado emocional	Conducta	Resultado

### 2.6.3 Tercer paso: Hacer una lista con soluciones alternativas

Consiste en hacer una lista de posibles soluciones alternativas siguiendo la técnica de la "Tormenta de Ideas", también llamado "Brainstorming" o "Lluvia de ideas", la herramienta por medio de la cual se puede potenciar la participación y la creatividad de un grupo de personas, enfocándolas hacia un objetivo común, resume los pasos y recomendaciones que permiten asegurarse que la distorsión de estos dos factores, creatividad y participación, sea mínima durante la sesión, y que los procesos de innovación, asociación y ampliación de ideas se desarrollen correctamente

Se anota todas las posibles soluciones que se le ocurra para poder resolver el conflicto siguiendo las siguientes normas:

- a. Vale cualquier idea que se le ocurra, no vale criticar las ideas que se le ocurra  
La valoración se hará en otra fase.
- b. Todo vale. Aunque le parezca la posible solución un disparate en principio es válido.
- c. Es deseable producir muchas ideas de soluciones alternativas. Cuanto más, mejor.
- d. Combinar ideas para mejorar, repasar de la lista para ver si se puede combinar o mejorar algunas ideas. Dos buenas ideas podrían juntarse y formar una idea aún mejor.

Se puede utilizar unas notas en este paso que recoja tanto el objetivo que se desea conseguir ante ese problema, como las posibles soluciones que se le han ocurrido siguiendo la tormenta de ideas:

**Objetivo:**

Soluciones posibles:

1. :
2. :
3. :
4. :
5. :
6. :
7. :
8. :
9. :
10. :

## 2.6.4 Cuarto paso: Valorar las consecuencias de cada alternativa

Consiste en valorar las consecuencias previstas para cada solución ideada. Se realiza una lista de las ventajas e inconvenientes para cada solución ideada y dar una puntuación.

Se da un valor + o - en puntos de 1-3 para cada una de las ventajas e inconvenientes.

Por ejemplo:

Soluciones posibles:

1: "Solución"

Ventajas: (1-3 puntos)	Inconvenientes (1-3)
--	--
--	--
Total positivo:	Total negativo:

- Si la consecuencia que se obtiene es personal, se darán 2 puntos.
- Si la consecuencia es social, se pondrá 1 punto.
- Si la consecuencia es a largo plazo, se puntuará con 2 puntos.
- Si es a corto plazo, 1 punto.
- Tenga en cuenta estas combinaciones:
- Si la consecuencia es al mismo tiempo personal y a largo plazo, se darán 4 puntos.
- Si la consecuencia es al mismo tiempo personal y a corto plazo, la puntuación es de 3 puntos.
- Si es social y a largo plazo, se puntúa con 3.
- Y si es social y a corto plazo, con 2 puntos.
- Posteriormente basta con restar el total negativo del total positivo. Las soluciones que den un mayor número positivo serán para nosotros las mejores (Total positivo- Total negativo).

### 2.6.5 Quinto paso: Valorar los resultados

El último paso consiste en valorar los resultados de la solución seleccionada.

Se pone en práctica esa solución, mientras el problema se siga presentando, esto se realiza si realiza sin la guía o supervisión del terapeuta, la persona enfrenta de un amanaera asertiva el conflicto con la alternativa optada, a la vez se comprueba si se cumple el objetivo del paso anterior. Si no está satisfecho de los resultados se emplea otras de las soluciones posibles o se reconsidera si lo que definió usted como problema es en realidad eso, un problema.(Ordaz, 2010).

La aplicación de la solución escogida mejora las habilidades de la persona al hacer frente a la situación problemática, por ende mejora su estilo de vida y sus relaciones. La técnica se utilizará de ahora en adelante para problemas futuro

### 2.7 Definición de Términos Básicos

Fuente: APA Diccionario Conciso de Psicología / tr. Por José Luis Nuñez Herrejón, María Elena Ortiz Salinas. - México: Editorial El Manual Moderno, 2010.

Traducción de APA concise dictionary of psychology.

**Abatimiento:** Es un sentimiento de declive, hundimiento o desmoronamiento, tanto físico como emocional, donde se pierde la fuerza o energía. Es característico de los estados depresivos donde la persona mengua su voluntad, o ésta lo abandona totalmente, y se sume en la tristeza y la apatía.

**Absentismo:** Es toda aquella ausencia o abandono del puesto de trabajo y de los deberes ajenos al mismo. Incumpliendo las condiciones establecidas en el contrato de trabajo. También puede ser definido como toda ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que correspondan a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo.

**Afectividad:** Noción de extensión y comprensión bastantes vagas, que abarcan estados tan diversos como las emociones, las pasiones, los sentimientos, la ansiedad, la angustia, la tristeza, la alegría, hasta los sentimientos de placer y de dolor.

**Aislamiento:** En el aislamiento, además de la disociación o fraccionamiento del objeto ambivalente en objetos parciales, ocurre un distanciamiento del a conducta ligada a uno de los objetos parciales, con forma de impedir la reaparición o confluencia del objeto parcial reprimido o negado.

**Ansiedad:** Emoción engendrada por la anticipación de un peligro difuso, difícil de prevenir y controlar.

**Angustia:** Un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido. Se emplea también como sinónimo de ansiedad o para referirse a la expresión más extrema de ésta.

**Autoconcepto:** Conjunto de características físicas, intelectuales, afectivas y sociales que conforman la imagen que el individuo tiene de sí mismo, este concepto no permanece estático a lo largo de la vida, si no que se va desarrollando y construyendo gracias a la intervención de factores cognitivos y la interacción social.

**Conflicto:** Es una situación en que dos o más individuos con intereses contrapuestos entran en confrontación, oposición o emprenden acciones mutuamente antagonistas, con el objetivo de neutralizar, dañar o eliminar a la parte rival, incluso cuando tal confrontación sea verbal, para lograr así la consecución de los objetivos que motivaron dicha confrontación.

**Depresión:** La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

**Desmoralizado:** Caída del ánimo o el valor.

**Emoción:** Son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso, o recuerdo importante. Psicológicamente, las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria. Fisiológicamente, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluidas las expresiones faciales, los músculos, la voz, la actividad del sistema nervioso. Conductualmente, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno, y nos impulsan hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y nos alejan de otros.

**Estresor:** Palabra técnica que se usa para designar los factores que producen estrés; agente causativo que actúa en la personalidad del individuo y decide su reacción, como también por cuánto tiempo el estresor le va afectar.

**Irritabilidad:** Es la capacidad de un organismo o de una parte del mismo para identificar un cambio negativo en el medio ambiente y poder reaccionar. Tiene un efecto patológico o fisiológico. Pero principalmente la irritabilidad es la capacidad homeostática que tienen los seres vivos de responder ante estímulos que lesionan su bienestar o estado. Esta característica les permite sobrevivir y, eventualmente, adaptarse a los cambios que se producen en el ambiente.

**Labilidad Emocional:** La labilidad emocional es un conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad (llantos, risas inapropiadas o, en general, respuestas emocionales desproporcionadas como reacción a la afectación física) y que en ningún caso significa que exista un auténtico problema psiquiátrico.

**Ocio:** Tiempo libre o descanso de las ocupaciones habituales.

**Percepción:** Primer conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos.

**Relaciones Interpersonales:** Una relación interpersonal es una interacción recíproca entre dos o más personas. Se trata de relaciones sociales que, como tales, se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción social.



**Sentimiento:** Se refiere a un estado de ánimo como a una emoción conceptualizada que determina el estado de ánimo. Por tanto, estado del sujeto caracterizado por la impresión afectiva que le causa determinada persona, animal, cosa, recuerdo o situación en general.

**Tensión:** Freud consideraba el sentimiento de tensión como el modo de percepción interno de la elevación de nivel global de las excitaciones en el aparato psíquico.

**Terapia:** En base a definiciones teóricas se puede establecer que la noción de terapia está asociada a la rama de la medicina enfocada a enseñar a tratar diversas enfermedades y a afrontar el tratamiento en sí mismo.

**Vínculo:** Vínculo (del latín vincŭlum) es una unión, relación o atadura de una persona o cosa con otra. Por lo tanto, dos personas u objetos vinculados están unidos, encadenados, emparentados o atados, ya sea de forma física o simbólica.

**Vulnerabilidad:** Palabra del vocabulario clínico y epidemiológico; la vulnerabilidad es la fragilidad de un sistema defensivo.

## **2.8 Hipótesis y Variables**

### **2.8.1 Hipótesis**

La Técnica de Solución de Problemas disminuye el nivel de sobrecarga en los cuidadores directos de las personas con discapacidad, de la Fundación “Protección y Descanso” de Riobamba.

### **2.8.2 Variables**

Identificación de variables.

- **Variable Independiente:** Técnica de Solución de Problemas.
- **Variable Dependiente:** Sobrecarga en los cuidadores directos.

## 2.9 Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>Variables Independiente</b></p> <p>TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS</p>	<p>“Intervención cognitivo conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas y poner en marcha opciones de afrontamiento más eficientes”.</p> <p>Autores: D’Zurilla y Nezu (2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Intervención Cognitivo Conductual</li> <li>✓ Habilidad para solucionar problemas</li> </ul>	<p>Guía de resolución de problemas aplicados en cinco pasos de D’Zurilla y Goldfried</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concretar el problema (uno por cada vez a emplear el método).</li> <li>2. Concretar como solemos responder por costumbre a ese problema.</li> <li>3. Hacer una lista con soluciones alternativas.</li> <li>4. Valorar las consecuencias de cada alternativa.</li> <li>5. Valorar los resultados.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Observación Clínica</li> <li>• Ficha de registro y seguimiento Psicoterapéutico.</li> </ul>
<p><b>Variable Dependiente</b></p> <p>SOBRECARGA DE CUIDADORES DIRECTOS</p>	<p>“El nivel en que los que proporcionan el cuidado perciben que su salud, vida social y personal y situación económica cambian por este hecho”.</p> <p>Autor: Zarit (2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nivel de Sobrecarga en las áreas de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud Física</li> <li>• Psíquica</li> <li>• Actividades Sociales</li> <li>• Recursos Económicos</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe Sobrecarga</li> <li>• Nivel de Sobrecarga Leve</li> <li>• Nivel de sobrecarga Intensa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reactivo psicológico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Sobrecarga del Cuidador del Zarit, Test y Retest.</li> </ul> </li> </ul>

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

## **3. MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 Método**

#### **3.1.1 Método Científico**

Porque es el que guía todo proceso investigativo, ya que permite explicar fenómenos, establecer relaciones entre los hechos y de esta manera obtener conocimientos y aplicaciones útiles para las personas.

#### **3.1.2 Método Analítico-Sintético**

Después de la aplicación de la Técnica, instrumentos, intervenciones, tabulaciones y la interpretación de resultados, permitió llegar a las síntesis del trabajo de investigación.

#### **3.1.3 Método Clínico**

Se dice que es clínico ya que se utilizó una secuencia ordenada de acciones, la aplicación de una guía para medir el nivel de sobrecarga de los cuidadores directos y buscar alternativas para disminuirla, mediante intervenciones individuales y grupales.

#### **3.1.4 Método Psicométrico**

Porque la Escala de Sobrecarga del Cuidador del Zarit permitió medir, clasificar, ordenar y especificar el Nivel de Sobrecarga que presentan los cuidadores directos, facilitando de esta manera la comprensión del fenómeno.

### **3.2 Tipo de Investigación**

El presente trabajo de investigación es explicativa, porque a través de ella se evidencia la eficacia de la Técnica de Solución de Problemas misma que proporcionó estrategias para el desarrollo de nuevas habilidades en la resolución de conflictos cotidianos, y de esta manera disminuir el nivel de sobrecarga, mejorando el estilo de vida de los cuidadores directos de la Fundación “Protección y Descanso” de

Riobamba. Después de la intervención de 5 meses y se manifestó los resultados en donde se disminuyó los niveles de sobrecarga

### **3.3 Diseño de la investigación**

**Investigación Cuasiexperimental:** Debido a que se manipula una de las Variables en estudio, en este caso la Técnica de Solución de Problemas.

**Investigación de Campo:** Porque el desarrollo del estudio se realizó en la Fundación “Protección y Descanso” de Riobamba, lugar donde se identificó el fenómeno.

### **3.4 Tipo de estudio**

Es un estudio transversal porque se obtuvo información simultánea durante el mismo proceso de Investigación, en un lapso de tiempo de 5 meses.

### **3.5 Población y Muestra**

#### **3.5.1 Población**

La presente investigación se llevó a cabo en la Fundación “Protección y Descanso” con un total de 30 cuidadores directos de personas con discapacidad; es decir el 100% de la población.

#### **3.5.2 Muestra**

La muestra de la Investigación inicial fueron 30 personas, después de la evaluación y la aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit la muestra final fueron 20 cuidadores directos de la Fundación “Protección y Descanso” de Riobamba; quienes específicamente presentaron Nivel de Sobrecarga Intensa, según la Escala administrada.

##### **3.5.2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión**

Los criterios se tomaron en cuenta después de haber administrado la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

### **3.5.2.1.1 Inclusión**

- Cuidadores directos de personas con discapacidad.
- Cuidadores directos que presentaban Nivel de Sobrecarga Intensa.
- Personas en edades comprendidas entre 40 y 65 años.

### **3.5.2.1.2 Exclusión**

- Cuidadores directos que obtuvieron un porcentaje de 22 a 46; No existe nivel de sobrecarga.
- Cuidadores directos que obtuvieron un porcentaje de 47 a 55; nivel de sobrecarga leve.

## **3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

### **3.6.1 Técnicas**

- **Observación Clínica:** Permitió identificar los diferentes conflictos que presentaban los cuidadores directos de personas con discapacidad, a nivel personal, familiar, laboral y social, evidenciando que es resultado de la sobrecarga.
- **Reactivo Psicológico:** Escala de Sobrecarga del Cuidador del Zarit, permite medir el nivel de sobrecarga de los cuidadores directos.

### **3.6.2 Instrumentos**

- **Ficha de registro y seguimiento psicoterapéutico.**

Se aplicó a 20 cuidadores directos, que presentabas nivel de sobrecarga intensa, en un lapso de 5 meses. Permitió registrar la sesión por fecha, tema tratado, el objetivo de la sesión, la actividad planificada, posteriormente valorar los resultados y emitir observaciones de la sesión ejecutada.

- **Escala de Sobrecarga de Zarit**

**Nombre original:** Zarit care burden Interview (ZCBI)

**Tipo de Instrumento:** Cuestionario

**Objetivo:** Diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos.

**Población:** Cuidadores adultos

**Número de ítems:** 22

**Descripción:** Los 22 ítems tiene formato de pregunta, que el cuidador debe responder es una escala tipo Likert de 5 puntos (0= Nunca; 1=Casi Nunca; 2= A veces; 3= Bastantes veces; 4= Casi siempre).

**Tiempo de administración:** 5 minutos.

**Normas de aplicación:** El cuidador responde a las preguntas del cuestionario anotando una puntuación para cada cuestión (escala tipo Likert de 5 puntos).

**Fiabilidad:** Consistencia interna de 0.91. Fiabilidad test-retest a los 2 meses de 0.86.

**Validez:** Existe una correlación directa significativa entre las puntuaciones de la Escala de Zarit. Índice de Katz, Escalas de Trastornos del Comportamiento y Memoria. El análisis factorial arroja tres factores (sobrecarga, rechazo y competencia).

**Corrección e Interpretación:** La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango oscila entre 22 a 110. A mayor puntuación, mayor nivel de carga presentara el cuidador. Los puntos de corte en la versión española que es la que hemos utilizado es 22 a 46 (no sobrecarga), 47 a 55 (sobrecarga leve) y 56 a 110 (sobrecarga intensa).

### 3.7 Técnicas para el análisis e interpretación de resultados.

A través de las técnicas e instrumentos de recolección de datos, específicamente; La Escala de Sobrecarga de Cuidador de Zarit se obtendrá información necesaria para el proyecto de investigación, en donde posteriormente los resultados serán tabulados.

### 3.8 Análisis e Interpretación de Resultados.

#### 3.8.1 Análisis de la Escala de Sobrecarga de Zarit.

**Cuadro N.1 Nivel de sobrecarga en cuidadores directos de personas con discapacidad**

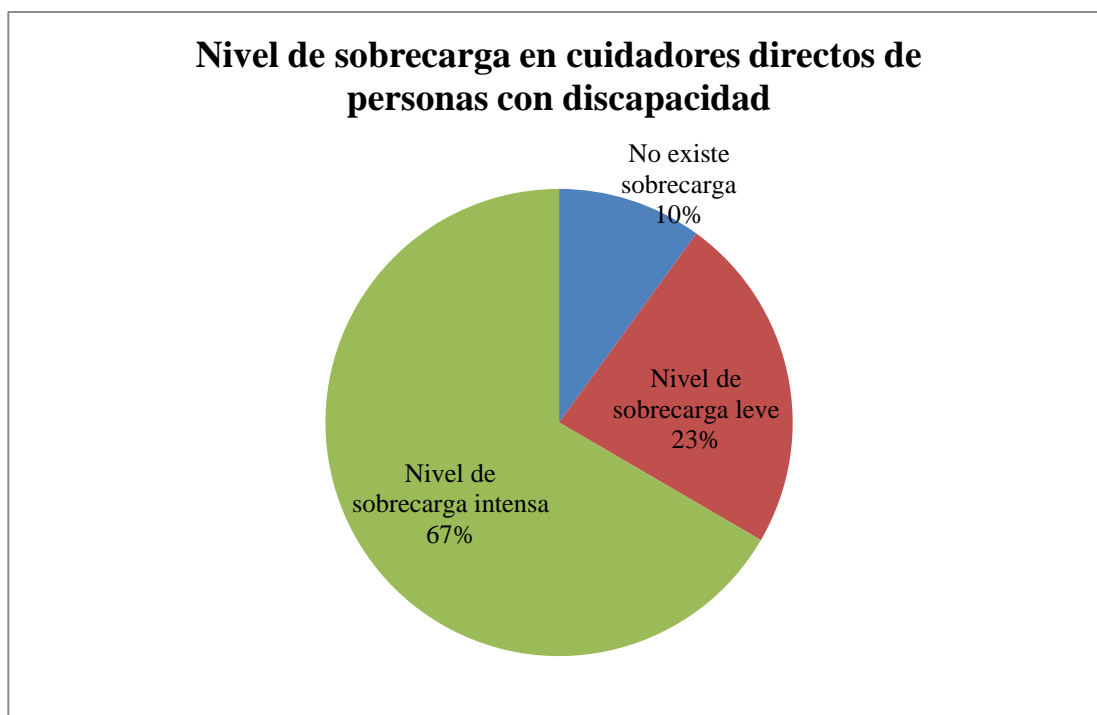
<b>Niveles de Sobrecarga</b>		
<b>Indicadores</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No existe sobrecarga</b>	3	10%
<b>Nivel de sobrecarga leve</b>	7	23%
<b>Nivel de sobrecarga intensa</b>	20	67%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuidadores directos de personas con discapacidad de la Fundación "Protección y Descanso"

Elaborado Por: Johana Arellano y Silvia Esparza



## Gráfico N.1 Niveles de Sobrecarga



Fuente: Test aplicado a cuidadores directos de personas con discapacidad de la Fundación “Protección y Descanso “

Elaborado por: Johana Arellano y Silvia Esparza

**Análisis:** Los resultados fueron los siguientes: No existe Sobrecarga 3 personas, equivalente al 10 %; Nivel de Sobrecarga Leve 7 personas, equivalente a 23%; Nivel de Sobrecarga Intensa 20 personas, equivalente a 67%, dando un total de 100%.

**Interpretación:** Los cuidadores directos producto de la investigación fueron los padres de familia de la Fundación “Protección y Descanso”, cuya población fueron 30 cuidadores directos, a quienes se les administró la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, en su totalidad mujeres, de bajos recursos económicos, con falta de atención profesional dentro de la Institución y desconocimiento de habilidades de afrontamiento ante diferentes situaciones problemáticas que presentan día a día, identificando que la mayoría de cuidadores directos presentan sobrecarga, teniendo en cuenta que la sobrecarga es el nivel en que los que proporcionan el cuidado perciben que su salud física y mental se ven afectados por este hecho, manifestando signos y síntomas evidentes de sobrecarga, estrés, cansancio, sentimientos de culpa, irritabilidad, entre otros, evidenciado en los conflictos familiares, específicamente o con más incidencia en problemas con la pareja, falta de comunicación, separaciones o incluso divorcios y abandono, con respecto a problemas personales la falta de

preocupación ante su cuidado, el desinterés por sus actividades, el dejar de lado su trabajo o despreocuparse por rendir de mejor manera, provocando un problema adicional que es el factor económico; además de no tener un círculo social al cual frecuentar o no contar con amistades que le hagan sentir apoyada o escuchada, sentimientos y emociones que provocan una reacción negativa ante su salud tanto física como mental, su excesiva preocupación ante como deben cuidar a su familiar, si lo hacen o lo seguirán realizando de mejor manera, la impotencia de querer brindar las mejores atenciones, y el reconocer que el estado de la persona que está bajo su cuidado será irreversible, todos estos factores hacen que exista la presencia de Sobrecarga en los cuidadores, debido a que su prioridad es la atención y el cuidado hacia la persona con discapacidad.

### **Cuadro N.2 Relación de las preguntas con las áreas afectadas**

<b>Preguntas de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit relacionadas con las áreas afectadas</b>		
<b>PREGUNTAS</b>	<b>OPCIONES</b>	
	<b>Con Frecuencia</b>	<b>Casi Siempre</b>
<b>6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?</b>	13 - 65%	4 - 20%
<b>7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?</b>	13 - 65%	6 - 30%
<b>8. ¿Siente que su familiar depende de usted?</b>	12 - 60%	8 - 40%
<b>10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?</b>	8 - 40%	5 - 25%
<b>15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?</b>	5 - 25%	14 - 70%
<b>16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?</b>	13 - 65%	1 - 5%
<b>20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?</b>	17 - 85%	2 - 10%
<b>22. ¿En general: se siente muy sobrecargado por tener que cuidar a su familiar?</b>	8 - 40%	11 - 55%

Fuente: Cuidadores directos de personas con discapacidad de la Fundación “Protección y Descanso “

Elaborado por: Johana Arellano y Silvia Esparza

**Análisis:** Los resultados fueron los siguientes: en la pregunta #6, con frecuencia respondieron 13 personas, equivalente al 65% y casi siempre 4 personas, equivalente al 20%; en la pregunta #7, con frecuencia 13 personas, equivalente al 65% y casi siempre 6 personas, equivalente al 30%; en la pregunta #8, con frecuencia respondieron 12 personas que representa el 60% y casi siempre 8 personas que representa el 40%; en la pregunta #10 contestaron 8 personas que representa el 40% y casi siempre 5 personas que representa el 25%; con respecto a la pregunta #15, con frecuencia respondieron 5 personas equivalente al 25% y casi siempre 14 personas equivalente al 70%; en la pregunta 16, con frecuencia contestaron 13 personas que representa el 65% y casi siempre 1 persona que representa el 5%; en la pregunta #20, con frecuencia respondieron 17 personas que equivale al 85% y casi siempre 2 personas que equivale al 10%; finalmente en la pregunta #22 que se refiere en general si se siente o no muy sobrecargado por tener que cuidar a su familiar, contestaron con frecuencia 8 personas que representa 40% y casi siempre 11 personas que representa el 55%.

**Interpretación:** Después de aplicar el primer paso de la Técnica de Solución de Problemas, se realizó una relación con las preguntas que tiene mayor puntaje y se evidenció que las preguntas que los cuidadores identificaron con las áreas más afectadas y donde tenían mayor dificultad para afrontar problemas. Existe un gran porcentaje, reincidiendo que siente que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia; dentro de los hogares hay conflictos con frecuencia con el entorno, por diferentes situaciones, por la discriminación que ha sufrido los miembros de la familia y la persona con discapacidad intelectual esto a echo que no se establezca un buen vínculo con la sociedad y se pase por diferentes momentos que ha dejado a la familia resentida. Los miembros de la familia manifiestan que se sienten observados y criticados por su situación y que prefieren alejarse y no intimidar con otras personas; a esto le suma el temor por el futuro de su familiar. El tiempo pasa y los cuidadores directos se enfrentan diferentes enfermedades del clima y de la edad producto del envejecimiento lo que hace que sientan mucho miedo al saber cómo se va a enfrentar en un futuro sus hijos cuando los cuidadores mueran, al estar conscientes sobre la responsabilidad que asumieron al tener un hijo con discapacidad; manifiestan que nadie más le puede dar el cuidado que necesita la persona con discapacidad más que

ellos, presentan sobrecarga porque se hacen cargo de absolutamente su bienestar físico, medicina, alimentación y esto ha hecho su salud física ha empeorado por cuidar a su familiar, ya que se han dedicado a su cuidado desde el momento de nacimiento . En la actualidad los cuidadores se quejan de problemas de huesos y de articulaciones refiriendo que han utilizado sobre fuerza para realizar las actividades que respetan al cuidado, los cuidadores están en una edad entre 40 a 65 años.

Existen grandes problemas dentro del sistema familiar debido a la situación económica de los cuidadores directos; corroborando en las respuestas en donde los mimos manifiestan que casi siempre no disponen de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de otros gastos imprevistos que ocurren, la falta de recursos económicos hace que los cuidadores presenten síntomas de ansiedad y que se sobre esfuerce para tratar de cubrir las necesidades. Los pensamientos son negativos, se reflejan en cómo deberían atender o hacer por su familiar, o más allá de lo que ya lo han realizado, al poder cumplir de mejor manera por las condiciones y atención que las personas con discapacidad demandan.

Se puede identificar que de manera general los cuidadores directos se sienten sobrecargados durante la mayoría del tiempo, debido a la presencia de varios conflictos que abarca lo personal, familiar y social, inclusive dejando de lado actividades importantes para las personas, por el cuidado y atención que proporcionan a la persona con discapacidad; es decir perdiendo el interés por su propio cuidado, en el área de salud física y mental y en lo laboral, además perjudicando sus relaciones interpersonales, debido también al desconocimiento sobre maneras o habilidades de afrontar estas situaciones problemáticas, desencadenando así en los cuidadores angustia, preocupación, ansiedad, estrés, aislamiento, sentimientos de culpa, tensión, ira, tristeza, entre otras. Por lo tanto todos estos factores provocan un nivel de sobrecarga en los cuidadores directos de la Fundación "Protección y Descanso".

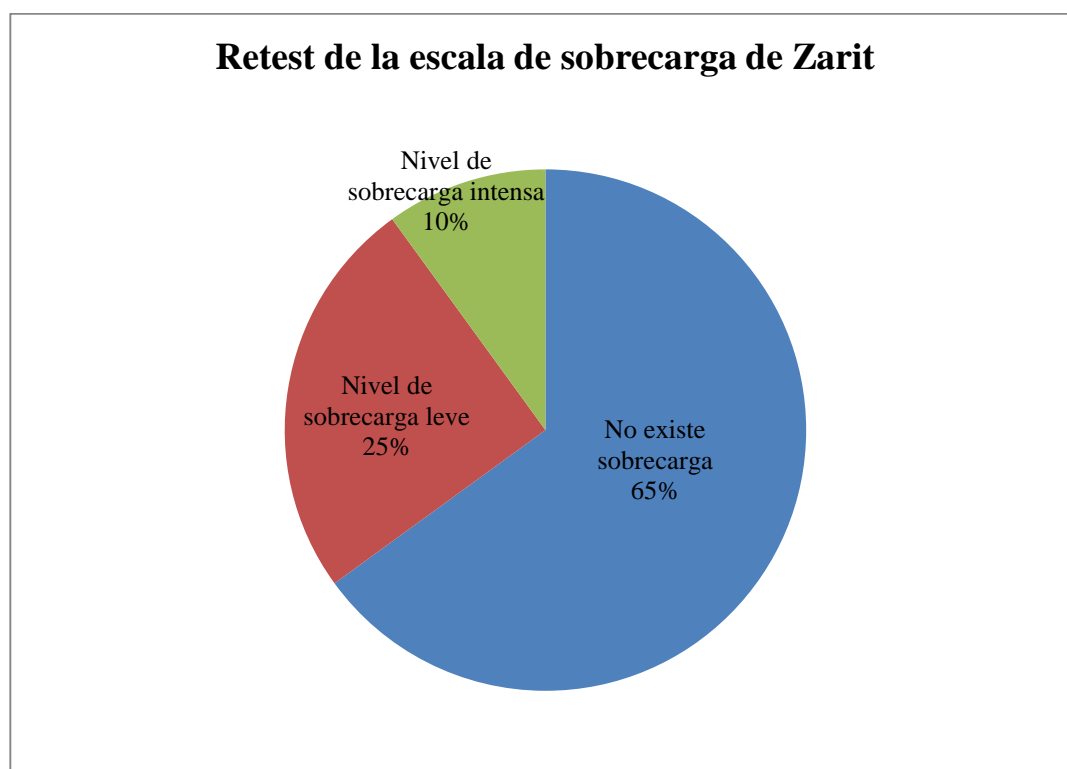
**Cuadro N.3 Resultado de la aplicación del Retest de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.**

<b>Nivel de sobrecarga en cuidadores directos de personas con discapacidad</b>		
<b>Indicadores</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No existe sobrecarga	13	65%
Nivel de sobrecarga leve	5	25%
Nivel de sobrecarga intensa	2	10%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuidadores directos de personas con discapacidad de la Fundación “Protección y Descanso “

Elaborado por: Johana Arellano y Silvia Esparza

**Gráfico N.2 Resultado de la aplicación del Retest de la Escala de Sobrecarga de Zarit.**



Fuente: Cuidadores directos de personas con discapacidad de la Fundación “Protección y Descanso “

Elaborado Por: Johana Arellano y Silvia Esparza

**Análisis:** La muestra de investigación son 20 cuidadores directos, quienes presentaron nivel de sobrecarga intensa, los resultados fueron los siguientes: No existe sobrecarga 13 personas, equivalente al 65%; nivel de sobrecarga leve 5 personas, equivalente a 25%; nivel de sobrecarga intensa 2 personas, equivalente a 10%, dando un total de 100%.

**Interpretación:** Los cuidadores directos producto de la investigación fueron los padres de familia de la Fundación “Protección y Descanso”, cuya población fueron madres de familia que presentaban nivel de sobrecarga intensa, al aplicar la Técnica de Solución de Problemas se pudo observar que el cambio en las mismas fue positivo, tras varias sesiones en donde se desarrolló paso a paso la Técnica, trabajando de manera individual y grupal, y con la apertura e interés total de los cuidadores directos se trabajó en las habilidades y nuevas alternativas para hacer frente a sus conflictos personales, familiares y emocionales; por lo tanto posterior a la finalización de la Técnica, se administró el Retest de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, y de esta manera validar los resultados y comprobar la Hipótesis planteada, concluyendo que la Técnica de Solución de Problemas ayuda afrontar asertivamente las diferentes situaciones problemáticas, aportando estrategias y alternativas que los cuidadores directos podrán utilizar con o sin la supervisión del terapeuta; y con esto mejorar su estilo de vida.

En el primer acercamiento, en donde mediante la observación se evidenció que su estatus económico es de nivel medio y bajo, se estableció normas y reglas que se llevaron a cabo dentro del proceso terapéutico y cuáles son los beneficios de la técnica.

Se realizó el encuadre terapéutico, rapport y empatía con los cuidadores directos. Se creó un ambiente de confianza, entre los cuidadores directos y las terapeutas, compartiendo un día de su vida cotidiana.

Se aplicó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, y se explica con palabras acertadas diferentes preguntas que no se era de fácil comprensión para los cuidadores; a las personas de mayor edad se les dificultó por problemas diferentes problemas físicos, y este proceso se realizó de una manera individual. Proyectando

los resultados para poder sacar la muestra y trabajar con 20 personas que son los cuidadores directos que presentan nivel de sobrecarga intensa. En sesiones posteriores se inició con la aplicación de la Técnica de Solución de Problemas. Empezando por el primer paso donde también se identificó las preguntas en donde había un elevado puntaje y se relacionaron con las áreas más afectadas resultantes de este paso, poniendo en manifiesto que las áreas en donde presentan mayor dificultad son área económica, relaciones familiares y de pareja, psicológica o emocional. Mediante el taller grupal se explicó conceptos claros de lo que es pensamientos automáticos y como se da una respuesta emocional y conductual; se realizó talleres grupales para utilizar y desarrollar el autorregistro, que permitió acceder a los problemas en su esencia y en el momento en que sucedía.

Durante el proceso terapéutico se hizo retroalimentación de pensamientos automáticos, estado de ánimo y conducta. Y en sesiones individuales se valida pensamientos automáticos y cual es sus fundamentos. Esto dio pie a que los cuidadores valoren si realmente sus pensamientos automáticos le ayudan a tener una buena calidad de vida y cómo cambian su estado de ánimo y conducta.

Durante el tercer paso, la técnica “Tormenta de Ideas” permite buscar soluciones, las mismas que son dadas por los cuidadores directos, potenciando así la habilidad de resolución de problemas.

En el paso cuatro, se da una puntuación, en ventajas e inconvenientes de las soluciones propuestas, para evaluar y poder aplicarlas de manera eficaz en lo posterior, en esta sesión individual los cuidadores directos tienen una visión más clara de las soluciones que podrán poner en práctica en posteriores situaciones problemáticas.

Se evidenció la manera en que los cuidadores directos llevaron a cabo las diferentes alternativas y soluciones elegidas que durante la Técnica fueron surgiendo ante las diferentes situaciones problemáticas que se le presenta en el diario vivir y como de ahora en adelante se hará frente, resolviendo asertivamente los problemas.

### **3.9 Análisis de la Ficha de Registro y Seguimiento Psicoterapéutico**

En el primer acercamiento, en donde mediante la observación se evidenció que su estatus económico es de nivel medio y bajo, se estableció normas y reglas que se llevaron a cabo dentro del proceso terapéutico y cuáles son los beneficios de la técnica.

Se realizó el encuadre terapéutico, rapport y empatía con los cuidadores directos. Se creó un ambiente de confianza, entre los cuidadores directos y las terapeutas, compartiendo un día de su vida cotidiana.

Se aplicó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, y se explica con palabras acertadas diferentes preguntas que no se era de fácil comprensión para los cuidadores; a las personas de mayor edad se les dificultó por problemas diferentes problemas físicos, y este proceso se realizó de una manera individual. Proyectando los resultados para poder sacar la muestra y trabajar con 20 personas que son los cuidadores directos que presentan nivel de sobrecarga intensa. En sesiones posteriores se inició con la aplicación de la Técnica de Solución de Problemas. Empezando por el primer paso donde también se identificó las preguntas en donde había un elevado puntaje y se relacionaron con las áreas más afectadas resultantes de este paso, poniendo en manifiesto que las áreas en donde presentan mayor dificultad son área económica, relaciones familiares y de pareja, psicológica o emocional. Mediante el taller grupal se explicó conceptos claros de lo que es pensamientos automáticos y como se da una respuesta emocional y conductual; se realizó talleres grupales para utilizar y desarrollar el autorregistro, que permitió acceder a los problemas en su esencia y en el momento en que sucedía.

Durante el proceso terapéutico se hizo retroalimentación de pensamientos automáticos, estado de ánimo y conducta. Y en sesiones individuales se valida pensamientos automáticos y cual es sus fundamentos. Esto dio pie a que los cuidadores valoren si realmente sus pensamientos automáticos le ayudan a tener una buena calidad de vida y cómo cambian su estado de ánimo y conducta.



Durante el tercer paso, la técnica “Tormenta de Ideas” permite buscar soluciones, las mismas que son dadas por los cuidadores directos, potenciando así la habilidad de resolución de problemas.

En el paso cuatro, se da una puntuación, en ventajas e inconvenientes de las soluciones propuestas, para evaluar y poder aplicarlas de manera eficaz en lo posterior, en esta sesión individual los cuidadores directos tienen una visión más clara de las soluciones que podrán poner en práctica en posteriores situaciones problemáticas.

Se evidenció la manera en que los cuidadores directos llevaron a cabo las diferentes alternativas y soluciones elegidas que durante la Técnica fueron surgiendo ante las diferentes situaciones problemáticas que se le presenta en el diario vivir y como de ahora en adelante se hará frente, resolviendo asertivamente los problemas.

### **3.10 Comprobación de la Hipótesis**

Después de la aplicación de la Técnica de Solución de Problemas y mediante la evaluación con la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, la observación clínica y la ficha de Plan de Seguimiento Psicoterapéutico, se verificó que los niveles de sobrecarga intensa, en los 20 cuidadores directos que es la muestra total de la Investigación, disminuye a: No existe sobrecarga en 13 personas, equivalente al 65%; baja a nivel de sobrecarga leve en 5 personas, equivalente al 25% y se mantiene en nivel de sobrecarga intensa en 2 personas, equivalente al 10%, por consiguiente también mejoró la calidad de vida de los cuidadores directos. Lo que comprueba la hipótesis planteada; la Técnica de Solución de Problemas disminuye el nivel de sobrecarga en los cuidadores directos de las personas con discapacidad en la Fundación “Protección y Descanso” de Riobamba.

**CAPÍTULO IV**  
**CONCLUSIONES**  
**Y**  
**RECOMENDACIONES**

## 4. Conclusiones y Recomendaciones

### 4.1 Conclusiones

- Después de la aplicación de la Técnica de Solución de Problemas en la sobrecarga de cuidadores directos de personas con discapacidad, se evidenció que la misma influyó de manera positiva en la sobrecarga que presentaba dicha población, logrando en los cuidadores directos una resolución de conflictos más fácil y eficaz, con las habilidades aprendidas, identificando nuevas alternativas a los problemas y que permita analizarlos, generando soluciones y así tomar las decisiones más acertadas.
- Al culminar la evaluación de sobrecarga de los cuidadores directos, con la aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, a la población total, (30 cuidadores directos) los resultados fueron: nivel de sobrecarga intensa 20 personas que es el 67% de la población; nivel de sobrecarga leve 7 personas que representa el 23%; y no existe sobrecarga 3 personas que representa el 10%.
- Después de la aplicación de la Técnica de Solución de Problemas se evidenció que la mayor afectación en los cuidadores directos fueron en el área económica, relaciones familiares y de pareja, psicológica o emocional en donde presentan mayor dificultad para la resolución de conflictos.
- La muestra de Investigación fueron 20 cuidadores directos, quienes presentaron nivel de sobrecarga intensa, y finalmente después de la aplicación de la Técnica de Solución de Problemas en la sobrecarga, los resultados fueron los siguientes: No existe sobrecarga 13 personas, equivalente al 65%; nivel de sobrecarga leve 5 personas, equivalente al 25%; nivel de sobrecarga intensa 2 personas, equivalente al 10%., manifestando que disminuyó los niveles de sobrecarga.

- Dos cuidadores directos mantuvieron el nivel de sobrecarga intensa, ya que durante la Intervención Psicoterapéutica, sus asistencias fueron irregulares, y no se manejó un continuo seguimiento, es por esto que al no culminar el proceso mantienen el mismo nivel de sobrecarga.

#### **4.1 Recomendaciones**

- Se recomienda que la Técnica de Solución de Problemas sea aplicada en cuidadores de personas con discapacidad, debido a la influencia que tiene la misma que fue comprobada en los cuidadores directos de la Fundación Protección y Descanso.
- Es recomendable que dentro de la Fundación “Protección y Descanso”, se continúe administrando la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, para evaluar los Niveles de Sobrecarga que en un futuro nuevos cuidadores puedan presentar.
- Es necesario que en la Fundación exista personal profesional de Salud Mental, para que exista un trabajo con los cuidadores y las familias, que son el pilar fundamental, implementando talleres, que brinden información y puedan colaborar en el cuidado de la persona con discapacidad y exista un crecimiento familiar y personal.
- La Técnica de Solución de Problemas se debe emplear y realizar retroalimentación de lo aprendido por ende los directivos deben motivar a que se siga con el empleo de la misma, y se profundice en las áreas identificadas para tener soluciones más eficaces
- Brindar capacitaciones hacia los cuidadores directos que se hable de prevención, psicoeducación de la discapacidad, para que los cuidadores puedan mantener información actualizado y puedan enfrentar de mejor manera lo que es tener una persona con discapacidad a su cuidado.

## BIBLIOGRAFÍA

Capandeguy, L. (2013). *Síndrome del Cuidador: Cómo cuidar al que cuida*. España: Hospitales Nisa, Servicio de NeuroRehabilitación.

Carretero, S. (2002). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. España: CSIC.

Castón, P. (2009). *Cuidadores de personas mayores con discapacidad y Unidades de Estancia Diurna en Andalucía*. España: Centro de Estudios Andaluces.

Castro, R. (2009). *Necesidades de cuidado que tienen los cuidadores de personas en situación de discapacidad, por parte de su familia*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

CONADIS. (2014). *Personas con Capacidades Especiales*. Quito - Ecuador: CONADIS.

DANE, D. A. (2005). *Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

D'Zurilla, & Nezu. (2007). *Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas*. España: Apuntes Psicología ISIPEDIA.

Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). *Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa*. Chile: Universidad Austral de Chile- Universidad de la Frontera.

Floriani, C. (2004). Cuidador familiar: sobrecarga y protección. *Revista Brasileira de Cancerología* , 50(4): 341-345.

Jofré, V., & Sanhueza , O. (2010). *Evaluación de la Sobrecarga de Cuidadoras/es Informales*. Concepción - Chile: Universidad de Concepción.

Kramp, U. (2012). *Perfil de resolución de problemas sociales y afrontamiento en ansiosos y depresivos chilenos*. Oviedo, España: Universidad de Oviedo.

- Lara, G. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* , 159-166.
- Lopetrone, C. (2012). *Factores de riesgo asociados a la sobrecarga del cuidador principal del paciente oncológico, Caso Emilia*. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Love, D. (2013). *Entrenamiento en solución de problemas*. Quito: Scribd.
- Ordaz, D. (2010). ¿Cómo manejar los pensamientos automáticos? . *Diario del Toc* .
- Ortega, E. (2013). *Relaciones intrafamiliares y la sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social*; . México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- PreNatal. (2014). *Discapacidad en cifras en el Ecuador*. Quito - Ecuador: PreNatal y la Prevención de discapacidades.
- Silva, L. (2005). *El síndrome de burnout en cuidadores formales de adultos mayores*. Bogotá: Universidad Nacional Andres Bello.
- UweKramp. (2012). *Perfil de resolución de problemas sociales y afrontamiento en ansiosos y depresivos chilenos*. Chile: Psicothema.
- Yonte, F., Urión, Z., Martín, M., & Montero, R. (2010). Sobrecarga del cuidador principal. *Revista Enfermería Castilla y León* .
- Zavala, D. (2013). *Estudio psicológico del cuidador primario de usuarios con discapacidad, de la Unidad de Atención al Personal Policial del Hospital Docente de la Policía Nacional No. 2*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.

# **ANEXOS**

## Anexo. 1

### ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	



Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

## Anexo. 2

### FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

**Cuadro N.4 Ficha de Registro y seguimiento psicoterapéutico**

FECHA	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESULTADO	OBSERVACIÓN
<b>Miércoles 10/12/2014</b>	<b>Presentación</b>	Presentación de las terapeutas y dar a conocer la modalidad con la que se va a trabajar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dinámica: "Tres verdades y una mentira "Lluvia de ideas Tema: "Conflictos diarios"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A través de la dinámica realizada se logró entablar una buena comunicación y aclaración de nuestra presencia ante el grupo de Cuidadores Directos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La respuesta del grupo de cuidadores fue positiva y favorable.</li> </ul>
<b>Jueves 11/12/2014</b>	<b>Alianza Terapéutica</b>	Crear un ambiente de confianza, entre los cuidadores directos y las terapeutas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación: Saludo Inicial</li> <li>Dinámica: "El guiño asesino"</li> <li>Acompañamiento en actividades diarias de cuidadores directos y personas con discapacidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se logró de una manera óptima consolidar la Alianza Terapéutica y establecer Rapport y Empatía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se pudo evidenciar que exactamente con 4 cuidadores la Alianza establecida no fue positiva en su totalidad, debido a que son Adultos Mayores y su comprensión no fue la esperada.</li> </ul>
<b>Miércoles 07/01/2015</b>	<b>Aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit</b>	Identificar el nivel de sobrecarga de los cuidadores directos de personas con discapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación: Saludo Inicial</li> <li>Dinámica: "El acertijo"</li> <li>Aplicación grupal de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit</li> <li>Lluvia de ideas Tema: "Conflictos personales"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La aplicación se la desarrolló de manera grupal.</li> <li>Fue de fácil entendimiento, debido a que sus preguntas mantienen un vocabulario comprensible para las personas aplicadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mediante los resultados obtenidos se pudo evidenciar que 20 cuidadores directos presentan Nivel de Sobrecarga Intensa; por esta razón se trabajara únicamente con este grupo seleccionado.</li> </ul>
<b>Miércoles 22/01/2015</b>	<b>PASO N.1 Concretar el problema</b>	Conocer en forma grupal los problemas más frecuentes de los Cuidadores Directos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación: Saludo Inicial</li> <li>Dinámica: "Conociendo a mi compañero"</li> <li>Mediante un diálogo socrático se realizó un listado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tuvo mayor facilidad el desarrollo de este paso debido a que se presentó una lista indicando diferentes Áreas de conflicto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajo grupal con 20 personas que presentan Nivel de Sobrecarga Intensa</li> </ul>

			<p>de los problemas más recientes que enfrentan en la vida cotidiana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Señalamiento de las situaciones conflictivas más frecuentes por parte de los cuidadores directos (Se aplica mediante una lista de problemas propuesta por los autores D Zurilla y Nezu 2007 en donde se engloba las áreas de: Salud Física, Económica, Trabajo, Vivienda, Relaciones Sociales, Tiempo Libre, Relaciones Familiares y de Pareja, Psicológica o Emocional.</li> <li>• Se dará un puntaje de la siguiente manera: 0= no me afecta nada; 1= me afecta levemente; 2= me afecta bastante; 3= me afecta mucho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificando que existe una gran problemática en las siguientes áreas:</li> <li>• <b>Área Económica.</b></li> <li>• Tener poco dinero para final del mes: 16 personas.</li> <li>• Poco dinero para cubrir necesidades básicas: 17 personas</li> <li>• Exceso de deudas: 16 personas</li> <li>• Gastos imprevistos: 17 personas</li> <li>• Poco dinero para aficiones y tiempo libre: 16 personas</li> <li>• <b>Área de Relaciones Familiares y de Pareja.</b></li> <li>• Desacuerdos con mi pareja: 16 personas</li> <li>• Desacuerdos con otros familiares: 14 personas</li> <li>• Ruptura o separación matrimonial: 13 personas</li> <li>• Problemas con los niños o la escuela: 11 personas</li> <li>• <b>Área Psicológica o Emocional.</b></li> <li>• Dificultad para controlar la irritación: 16 personas.</li> <li>• Exceso de ansiedad o nerviosismo: 18 personas</li> <li>• Exceso de exigencia y perfeccionismo: 15 personas</li> <li>• Sentimientos depresivos: 19 personas</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--

<p><b>Jueves 12/02/2015</b></p>	<p><b>PASO N. 2 Concretar como solemos responder por costumbre a ese problema.</b></p>	<p>Concretar como suelen responder a las situaciones que ha considerado como problemática, mediante el desarrollo del autorregistro para cada situación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación: Saludo Inicial</li> <li>• Taller grupal para dar a conocer que es “Pensamientos Automáticos”,</li> <li>• “Estado Emocional”</li> <li>• y “Conducta”. Dando un concepto global de fácil entendimiento mediante ejemplos de la vida cotidiana</li> <li>• Entrega y explicación detallada de cómo manejar el autorregistro</li> <li>• El mismo que consta de: Situación, Pensamientos Automáticos, Estado Emocional, Conducta y Resultado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cuidadores lograron identificar sus pensamientos automáticos ante la situación problemática y el efecto en su estado emocional y conducta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se adaptó un formato de autorregistro para facilitar el seguimiento.</li> <li>• Los cuidadores llevaran este registro individualmente.</li> </ul>
<p><b>Jueves 19/02/2015 y Viernes 20/02/2015</b></p>	<p><b>Intervención Psicoterapéutica</b></p>	<p>Analizar cada situación problemática individualmente y la respuesta en el estado emocional y conducta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimentación de lo que es pensamientos automáticos estado emocional y conducta</li> <li>• Análisis de los pensamientos automáticos que han presentado hasta la intervención psicoterapéutica</li> <li>• Feedback con cada uno de los cuidadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cada intervención de los 10 atendidos por cada terapeuta, se logra reconocer si los pensamientos automáticos tiene o no fundamento ante el conflicto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se complica el entendimiento de los cuidadores por su instrucción.</li> <li>• No asisten 3 personas</li> <li>• Para un mejor manejo de la técnica se divide a los cuidadores en 10 personas por cada terapeuta atendándose en diferentes horarios pero con el mismo fin</li> <li>• La intervención es de forma individual</li> </ul>
<p><b>Jueves 26/02/2015 Y Viernes 27/02/2015</b></p>	<p><b>PASO N. 3 Hacer una lista con soluciones alternativas</b></p>	<p>Anotar todas las posibles soluciones que pueda dar ante el problema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención psicoterapéutica</li> <li>• Después de haber validado si su pensamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se encontraron aproximadamente de 2 a 3 soluciones a cada problema.</li> <li>• Mejoró notablemente la visión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trabajó de manera individual por 10 cuidadores por terapeuta en diferente horario del</li> </ul>

			automático tiene o no fundamentos se aplica el tercer paso en donde en base al listado de problemas se anota posibles soluciones sin importar que al cuidador le parezca ridícula o invalida	del problema	día <ul style="list-style-type: none"> <li>• La aplicación de este paso tuvo un poco de dificultad debido a que la mayoría de cuidadores temían ser juzgados por sus problemas y más por sus propias alternativas.</li> <li>• No asisten 2 cuidadores</li> </ul>
<b>Miércoles 04/03/2015 Jueves 05/03/2015 y Viernes 06/03/2015</b>	<b>PASO N. 4 Valorar las consecuencias de cada alternativa.</b>	Valorar las consecuencias previstas para cada solución ideada, realizando ventajas y desventajas ante la situación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se valora las tres soluciones posibles a cada problema escribiendo las Ventajas e Inconvenientes que pueden causar las soluciones dadas puntuando de 1 a 3 puntos.</li> <li>• Posteriormente se resta el total negativo del total positivo, las soluciones que den mayor puntaje positivo será las que se deben poner en práctica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El cuidador logra diferenciar entre las ventajas y desventajas de la solución al problema que frecuentemente presenta y permite elegir la solución más acertada y fácil de llevarlo a cabo considerando los agentes externos que pueden influir en la misma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este paso se aplicó de manera individual.</li> <li>• La intervención terapéutica se realizó en tres sesiones en diferente horario, debido a los ocupaciones de los cuidadores</li> <li>• Con la ayuda de los terapeutas se puntuó las diferentes alternativas que los mismos cuidadores presentaron y se realizó la operación que propone el autor en este paso</li> </ul>
<b>Lunes 16/03/2015</b>	<b>PASO N. 5 Valorar los resultados</b>	Poner en práctica la solución y comprobar si se cumple el objetivo del paso anterior.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplica la escucha activa y se valora la aplicación de las diferentes alternativas, mediante el dialogo.</li> <li>• Se analiza de manera detallada como fue puesta en práctica la solución elegida por los cuidadores</li> <li>• Los problemas presentados son de la vida cotidiana y muchas de las veces son repetitivos es por eso que los cuidadores debían emplear la solución que</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pudo dar solución a varios problemas que presentaban los cuidadores en las diferentes áreas.</li> <li>• Si no resultaba la primera alternativa, los cuidadores libremente aplicaron otras de las alternativas seleccionadas en el paso N.3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El análisis se la realizó de manera individual</li> </ul>

			tiene mayor puntaje, seleccionado en el paso anterior y corroborar si mejora su estilo de vida y forma de afrontarlos.		
<b>Viernes 20/03/2015</b>	<b>Aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Retest)</b>	Evaluar la eficacia de la Técnica de Solución de Problemas, en la sobrecarga de cuidadores directos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica: El cien pies</li> <li>• A cada cuidador de manera grupal se le entrega la escala de sobrecarga de Zarit, se les explica que queremos conocer si bajo o no la técnica aplicada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Después de calificar la escala de sobrecarga de Zarit tenemos los siguientes resultados:</li> <li>• sobrecarga intensa disminuyo del 100% al 65% es decir no existe nivel sobrecarga en 13 personas; los cuidadores directos que presentaba sobrecarga intensa bajaron el nivel a sobrecarga leve que es el 25%, es decir 5 personas; de igual manera 2 personas mantiene el nivel de Sobrecarga Intensa que corresponde al 10%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la aplicación se trabajó de manera grupal y no hubo dificultad en hacerlo</li> <li>• Observamos que las dos personas que mantiene el nivel de sobrecarga intensa es porque no han asistido a todas las sesiones programadas y no existió mayor interés en recuperarla</li> </ul>
<b>Miércoles 25/03/2015</b>	<b>Sesión de despedida</b>	Realizar la despedida y el cierre de la intervención psicoterapéutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica El círculo feliz</li> <li>• Actividad Lúdica</li> <li>• Proyección de un video de motivación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresaron de manera verbal la satisfacción obtenida tras la aplicación de la técnica ya que se obtuvieron resultados favorables para una mejora en su calidad de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La colaboración por parte de los cuidadores se ha hecho que la aplicación de la técnica se logre cambios positivos desde el inicio hasta la finalización</li> </ul>

Fuente: Actividades realizadas

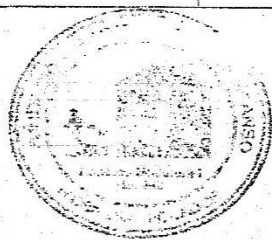
Elaborado por: Johana Arellano y Silvia Esparza

### Anexo. 3

#### ASISTENCIA

Nombre y Apellido	Número de Cédula
Teresa Morillo	0400356234
Elsa Dagilema	0601979463
Gloria Cambal	0601118979
María Valdez	0301016622
María Gauslanes	0601612955
Diana Castillo	0602627226
Rebeca Sampedro	0600530372
María Lliquin	0602056749
María Constante	1801670959
Rebeca Cajamarca	0600739338
María Rosa Lliquin	0600912471
maría Pala	0601373202
Irma Miño	0600833024
Herminia Andrade	0903366011
Martha Montes de Oca	0600501589
Rosa Pizar	0602208084
Sofía Silva	0600586184
Amelia Ashqui	0601264328
Rosa Alarcón	0600774962
Eralda Jiménez	0200986523

*[Handwritten signature]*



Anexo. 4

FOTOGRAFÍAS





