UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

"SÍNDROME DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO - DEGENERATIVAS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO IESS - LOJA. PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013".

TESIS

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

PRESENTA:

Luis Eduardo Vásquez Jaramillo

Director: Dra. Anabel Larriva Borrero.

Loja – Ecuador

2014

CERTIFICACIÓN

Dra. Anabel Larriva Borrero.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración de la tesis de grado titulada: **"SÍNDROME DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO - DEGENERATIVAS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO IESS-LOJA. PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2013";** de la autoría del Sr. Luis Eduardo Vásquez Jaramillo previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico, indico que cumple con todos los requisitos para su efecto y autorizo la presentación de la misma para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente:

Loja, Noviembre de 2013

……

Dr. Anabel Larriva
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Luis Eduardo Vásquez Jaramillo declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a su Área de la Salud Humana, así como a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional - Biblioteca Virtual.

Firma: .....

Nro. De Cedula: 1104475890

Fecha: Loja, Febrero de 2014.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Luis Eduardo Vásquez Jaramillo, declaro ser autor de la tesis titulada**: "SÍNDROME DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO - DEGENERATIVAS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL MANUEL IGNACIO MONTEROS VALDIVIESO, IESS-LOJA. PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2013",** como requisito para optar el grado de Psicólogo Clínico; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo LA CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

La producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional: Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y el extranjero, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 22 días del mes de Febrero del dos mil trece, firma del autor.

Firma:

Autor: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo.

Cédula: 1104475890.

Dirección: Av. Pio Jaramillo y Argentina.

Correo Electrónico: bambu-08@hotmail.com.

Teléfono: Domicilio: 072615574 **Celular:** 0994614345.

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Dra. Anabell Larriva.

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

PRESIDEBTE: Dra. Lupe Machado Paladines.

VOCAL: Ps. Clin. Fernando Sarmiento Lemus.

VOCAL: Mgs. Ps. Clin. Zhenia Muñoz Vinces.

DEDICATORIA

Esta es una ocasión muy importante en mi vida, en la cual cumplo una de mis metas planteadas, un eslabón más en mi vida profesional y un paso agigantado en cuanto a mi vida estudiantil, en donde queda plasmado el sacrificio y la labor constante. Dedico este logro:

Primeramente a Dios y la Virgen del Cisne, por darme fuerzas y valentía cuando más lo necesite, sin esta fuerza espiritual no habría sido posible alcanzar este triunfo.

A mis padres: Por darme la vida y su apoyo incondicional, por sus sabios concejos y entrega, a quien debo este logro y los valores inculcados, los cuales los fomento día a día; son una parte esencial en mi vida viejitos, mil gracias por todo.

A mi hija: Quien es mi inspiración y aflora en mí todos los sentimientos más nobles, con su ternura y amor es mi motivación para seguir adelante y nunca desfallecer. Gracias hija mía (Camilita) por Existir.

A mi hermano: Por su apoyo incondicional, por su amistad y por todos esos momentos agradables que hemos vivido desde nuestra infancia.

A mi familia y amigos: Por el respaldo incondicional, y por esos momentos y anécdotas inolvidables, han hecho de mi vida una aventura gratificante y enriquecedora.

Luis Vásquez.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, por abrirme las puertas de sus aulas y permitirme ser parte de esta honorable institución. A sus directivos y docentes quienes tienen un alto nivel de conocimiento y experiencia profesional, siempre encaminados a formar profesionales de calidad.

A mi Directora de tesis, Dra. Anabel Larriva, quien guió de la mejor manera mi proyecto investigativo, con sus sabios consejos y conocimiento, a pesar de su ocupada labor profesional.

A los miembros del tribunal de Revisión y Sustentación, a los doctores: Lupe Machado, Zhenia Muñoz y. Fernando Sarmiento, los cuales son docentes con gran experiencia y ética profesional, gracias por sus valiosas contribuciones, amabilidad y amistad.

A las doctoras: Verónica Vélez, Nilyan Ochoa, y al grupo de Medicina Familiar del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso IESS-LOJA, por la acogida, el respaldo, y su amistad, quienes han sido de gran ayuda en el desarrollo del proceso investigativo; y como no, a los familiares de pacientes crónico degenerativos, quienes confiaron en mí, compartiéndome todas sus vivencias. Gracias a todos.

Luis Vásquez.

TABLA DE CONTENIDOS

Preliminares

Contenidos

PORTADA ..... **I**
CERTIFICACIÓN ..... **II**
AUTORÍA ..... **III**
CARTA DE AUTORIZACIÓN ..... **IV**
DEDICATORIA ..... **V**
AGRADECIMIENTO ..... **VI**
TABLA DE CONTENIDOS ..... **VII**

1. TÍTULO **1**

2. RESUMEN **2**

ABSTRACT **3**

3. INTRODUCCIÓN **4**

4. REVISIÓN DE LITERATURA **8**

5. MATERIALES Y MÉTODOS **45**

6. RESULTADOS **54**

7. DISCUSIÓN **71**

8. CONCLUSIONES **74**

9. RECOMENDACIONES **76**

10. PLANIFICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA **78**

11. BIBLIOGRAFÍA **104**

12. ANEXOS **111**

1. **Título:**

“SÍNDROME DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO - DEGENERATIVAS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO IESS-LOJA. PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2013”.

2. RESUMEN

El presente estudio se centra en conocer el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, trastorno actualmente olvidado e ignorado por el Sistema de salud, se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente, caracterizado por el agotamiento físico y psíquico de la persona que tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. El estudio se realizó en cuidadores familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedades crónico – degenerativas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso IESS - LOJA, el mismo que está encaminado a conocer los principales síntomas de alerta asociados al Síndrome de Sobrecarga del Cuidador; en establecer los rasgos de personalidad del Cuidador principal, identificar el perfil sociodemográfico del Cuidador en nuestra sociedad, y diseñar un plan de intervención en prevención de la Salud Mental del Cuidador.

En el estudio se pudo evidenciar que las personas que velan a pacientes con enfermedades crónico - degenerativas presentan Síndrome de Sobrecarga del Cuidador; los principales síntomas psicológicos asociados al Síndrome son: Ansiedad y Depresión; el género que prevalece en el Síndrome del Cuidador es el femenino, de edades comprendidas entre 61 a 70 años de edad, de estado civil casada, es esposa del paciente enfermo, de instrucción secundaria completa, y cuyos rasgos de personalidad son Anancásticos.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, Cuidador Informal, Cuidador Formal, Enfermedades Crónico Degenerativas.

ABSTRACT

The present study focuses on knowing the Caregiver Overload Syndrome, a disorder currently forgotten and ignored by the health care system; it occurs in people who play the role of primary caregiver of a dependent person, it is characterized by the physical and mental exhaustion of the person who has suddenly face a new situation for which is not ready and it consumes all his time and energy. The study was conducted on families caregivers responsible for the care of patients with chronic - degenerative diseases from Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso IESS - LOJA, it is also to know the main alert symptoms associated with the syndrome of caregiver overload; to establish the primary caregiver personality traits; identify the socio-demographic profile of the caregiver in our society and design an intervention plan in prevention of the Mental health of the carer.

The study could show that people who are patients with chronic - degenerative diseases present caretaker overload syndrome, the main psychological symptoms associated with the syndrome are: anxiety and depression; the gender that prevails in the caregiver syndrome is the women between 61 to 70 years, marital status married, wife of the patient, with complete secondary education, and whose personality traits are Anancasticos.

KEY words: Overload syndrome of Informal caregiver, caregiver, chronic degenerative diseases, Formal caregiver.

3. INTRODUCCIÓN

"Cuidar no es únicamente una labor destinada a ayudar a las personas que padecen una enfermedad, sino que son aquellas actividades dirigidas a las personas que por diferentes circunstancias no son capaces de satisfacer sus propias necesidades. Cuidar está destinado a mantener la vida y ayudarle a una muerte digna".[1]

"En el seno de la familia es donde el paciente suele recibir el cuidado y atención que necesita, la familia constituye desde hace ya muchos siglos el núcleo fundamental para la superación de la enfermedad. Los propios profesionales de la Salud son conscientes de ello y gran parte de la estructura sanitaria que interviene ante la enfermedad gira en torno a la familia"[2]; convirtiéndose de esta manera en la principal fuente de cuidados y atenciones, lo que da origen al cuidado Informal o Familiar, que se refiere a la atención que se dispensa de manera altruista y gratuita a las personas que presentan algún tipo de discapacidad o dependencia debido a su estado de salud, atención que es prestada fundamentalmente por sus familiares y allegados; cuyas funciones y cuidados van desde el suministro de medicamentos hasta el aseo diario del paciente, lo cual ocasiona en el cuidador problemas de salud, tanto a nivel físico, psicológico, como social, desencadenándose de esta manera el llamado Síndrome de Sobrecarga del Cuidador.

---

[1] Inmaculada Úbeda, B. (2009). *Calidad de Vida de los Cuidadores Familiares:* Evaluación mediante un Cuestionario (Disertación doctoral). Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, España, p, 35.

[2] Pitillas, C., et al. (2010). *La familia ante la enfermedad* . Madrid: María Isabel Álvarez Vélez, Federico de Montalvo, pp, 34 – 36.

Por lo tanto, la atención y cuidados que requieren las personas que padecen enfermedades crónicas degenerativas demanda una labor constante por parte de los cuidadores familiares, ya que son enfermedades que ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos e interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar de forma óptima y pueden afectar a diversos órganos o tejidos. "Por lo que el cuidador principal, ofrece a menudo, una atención sin límites de horarios, que puede llegar, cuando la enfermedad evoluciona con gran dependencia, a la necesidad de cuidados las 24 horas, los 365 días del año, con una media de cuidados de más de cinco años".[3]

En nuestro país solo se abarca la atención de patologías psiquiátricas típicas, por lo que a nivel nacional, y local no existen datos estadísticos de la existencia y prevalencia de este Síndrome, siendo una problemática frecuentemente ignorada por parte del personal sanitario, obviando de esta manera los efectos de esta influencia negativa en el desarrollo y cuidado del paciente crónico - degenerativo; ya que una detección precoz de la sobrecarga en los cuidadores, puede permitir la intervención del equipo especializado en la preservación de la salud física y mental del cuidador, logrando identificar sus necesidades concretas, y de esta manera preservar la salud del familiar puesto a su cuidado. Al ser testigo de la presente situación en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso IESS-LOJA, he visto la necesidad de realizar el presente proyecto investigativo, titulado:

[3] Crespo López, M., & López Martínez, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar:* desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar,. Madrid: ARTEGRAF, S.A. p, 22

“SÍNDROME DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO - DEGENERATIVAS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO IESS - LOJA. PERIODO ABRIL- SEPTIEMBRE DEL 2013”.

En la presente investigación se estructuró el marco teórico en dos capítulos: el primer capítulo contiene conceptos y definiciones específicas del cuidado; tipos de cuidado; responsabilidades de ser cuidador familiar, pautas para el diagnóstico del síndrome de sobrecarga del cuidador; síndrome de sobrecarga del cuidador, y mecanismos de afrontamiento. El segundo Capítulo hace referencia a las enfermedades crónico degenerativas y cuidado; situación de las enfermedades crónico degenerativas en el Ecuador; definición de las principales enfermedades crónico - degenerativas encontradas en el Hospital del IESS-LOJA.

Es una Investigación Mixta (Cuanti - cualitativa), de tipo Exploratorio – Descriptivo y demostrativo. Se realizó el estudio con 23 familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedades crónico - degenerativas, con quienes se trabajó en 3 sesiones, aplicando los siguientes reactivos: **1.** Historia Clínica Psicológica; **2.** Escala de Sobrecarga del Cuidador - Test de Zarit; **3.** Escala de depresión de Hamilton; **4.** Escala de ansiedad de Hamilton; y **5.** Cuestionario de personalidad SEAPSI.

Dando como resultado lo siguiente: los Cuidadores encargados de la atención de pacientes con enfermedades crónico degenerativas presentan Síndrome de Sobrecarga del Cuidador con un 74%; los principales síntomas psicológicos

asociados al Síndrome son: Ansiedad (severa 61%) y Depresión (moderada 48%); el género del cuidador es femenino con el 100%, de edades comprendidas entre 61 a 70 años de edad con el 26%, de estado civil Casada con el 70%, es esposa del paciente enfermo con el 48%, de instrucción Secundaria Completa con el 30%, y cuyos rasgos de personalidad son Anancasticos con el 30%.

Por lo que se plantea un Plan de intervención Psicológica adecuado a las necesidades del paciente, con la finalidad de que los profesionales de Psicología Clínica del Hospital Manuel Ignacio Monteros Valdivieso IESS-LOJA, puedan brindar los instrumentos y herramientas necesarias para la recuperación y mantenimiento de la salud mental del Cuidador.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. CAPÍTULO I: SÍNDROME DEL CUIDADOR

1.1 El Cuidado.

"El cuidado es entendido como el conjunto de todas aquellas actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo, de manera que logre un nivel satisfactorio de calidad de vida".[4]

Cuidar es un acto de amor hacia el ser querido, implica comunicación, confianza y compromiso, con el único objetivo de lograr su recuperación, su independencia o de hacer felices sus últimos días hasta el momento de su deceso.

".Cuidar no es únicamente una labor destinada a ayudar a las personas que padecen una enfermedad, sino que son aquellas actividades dirigidas a las personas, que por diferentes circunstancias, no son capaces de satisfacer sus propias necesidades. Es decir, cuidar de alguien es ocuparse de él, atenderlo en sus dificultades; cuidar está destinado a mantener la vida y ayudarle a una muerte digna".[5]

---

[4] Pérez P, A. (2008). *Dependencia, Cuidado Informal y Función Familiar análisis a través del Modelo Sociocultural de Estrés y Afrontamiento* Salamanca. España: Trafotex Fotocomposición, S. L., p, 17.

[5] Inmaculada Úbeda, B. (2009). *Calidad de Vida de los Cuidadores Familiares: Evaluación mediante un cuestionario* (Disertación doctoral). Escuela de Enfermería de La Universidad De Barcelona, España. p, 38.

1.2 Tipos de Cuidados:

1.2.1 Cuidado Formal.

La atención formal procede de recursos sociales y sanitarios públicos y privados, destinados a la rehabilitación y cuidados de personas con diferentes niveles de dependencia.

Entendemos por cuidador formal, a toda aquella persona que recibe una capacitación teórico práctica, desde una concepción bio – psico - social, que presta sus servicios a personas dependientes, recibiendo una remuneración económica por los servicios prestados, los cuales por lo general no tienen ningún vínculo afectivo con el paciente puesto a su cuidado. El cuidador formal realiza las mismas funciones que realiza un cuidador familiar pero de manera más adecuada y profesional, los cuales suponen un recurso de apoyo, ayuda o substitución de la cuidador/a principal.

Facilitando de esta manera que el cuidador familiar no tenga que estar las veinticuatro horas del día pendiente de su familiar, y siga con su vida normal perseverando su salud tanto física como mental

1.2.2 Cuidado Informal o Familiar.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las

condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella.

La familia es la unidad de atención médica, ligada por lazos de unión y parentesco, donde se inicia la enfermedad, y que por sentimientos de amor, gratitud y estima hacia el familiar enfermo, provee atenciones y cuidado, con el objetivo de ayudar a su recuperación, satisfaciendo todas las necesidades básicas del paciente que no puede llevar a cabo por su enfermedad o discapacidad, o en casos graves, procura su bienestar hasta sus últimos días de vida.

Los cuidados prodigados en el entorno familiar corresponden al sector que se ha denominado cuidado informal.

“Que se refiere a la atención que se dispensa de manera altruista y gratuita a las personas que presentan algún tipo de discapacidad o dependencia. Esta atención es prestada fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por agentes o redes sociales y asociaciones de ayuda mutua. Se excluyen en consecuencia los cuidados dispensados por profesionales dependientes de los servicios sanitarios organizados o del mercado, aunque estos sistemas puedan complementarse. El cuidado informal, en un sentido amplio, son todas aquellas actividades que se llevan a cabo en el seno del hogar con el propósito de que las personas en situación de dependencia puedan seguir disfrutando de la mayor calidad de vida posible acorde con sus preferencias individuales, con el máximo grado posible de autonomía, participación, realización personal y dignidad

humana."[6] Se caracteriza por transcurrir durante largos periodos del ciclo de vida de la persona, por lo que el cuidador familiar ofrece a menudo una atención sin límites de horarios, que puede llegar, cuando la enfermedad evoluciona con gran dependencia, a la necesidad de cuidados las 24 horas del día, durante los 365 días del año.

1.2.2.1 Responsabilidades de ser Cuidador/a Familiar.

"Los cuidadores primarios deben tener presente: **1)** Tener conocimientos acerca de la enfermedad y su tratamiento. **2)** Comunicarse fácilmente con el medico que trata su paciente. **3)** Determinar qué aspectos del manejo diario serán responsabilidad del enfermo y cuáles de los cuidadores. **4)** Enseñar al paciente a que pueda manejar mejor su enfermedad haciéndolo responsable de las actividades que si pueda realizar".[7]

Entre las responsabilidades que desempeña el cuidador familiar tenemos las siguientes:

a) Ayuda en las actividades de la casa: cocinar, limpiar, planchar, comprar, etc.

b) Ayuda para el transporte y movilización del paciente, dentro y fuera del domicilio cuando la enfermedad le provoca un déficit en la movilidad.

---

[6] Pérez Peñaranda, A. (2008). *Dependencia, Cuidado Informal y Función Familiar Análisis a través del Modelo Sociocultural de Estrés y Afrontamiento* Salamanca. España: Trafotex Fotocomposición, S. L., pp, 18 - 19.

[7] Gonzales Castro. U. & Reyes Luna, A. (Junio, 2012). Algunos Aspectos del Proceso que Viven los Cuidadores Primarios de un Enfermo Crónico – Degenerativo, *Revista de Psicología de Iztacala*, *15*(2), pp, 637 - 642.

c) Ayuda en la higiene personal del paciente: cambio de pañal, lavarle, peinarle, vestirle.

d) Supervisión y administración en la toma de medicamentos, limpieza de heridas, y observación permanente del enfermo para evitar recaídas.

e) Realización de tareas recreativas.

1.3 Pautas para el diagnóstico del Síndrome de Sobrecarga del cuidador.

Algunos de los aspectos que mayor impacto tienen en los cuidadores, es ver como el paciente se va deteriorando físicamente, que los vínculos afectivos se vean dañados y principalmente que el tema de la muerte es visto como algo inevitable.

“Los pacientes con enfermedades crónicas discapacitantes dependen parcial o totalmente de sus cuidadores. Esto puede llevar al familiar o el cuidador a etapas de desgaste o sobrecarga emocional, física y espiritual que se manifiesta por cambios de actitud, irritabilidad, fatiga, ansiedad y depresión. Muchos cuidadores también se sienten culpables cuando emplean un poco de su tiempo para sí mismos y no en su familiar enfermo.

Los síntomas del síndrome de sobrecarga del cuidador son similares a aquellos del estrés y la depresión tales como: Aislamiento de los amigos, familia y otros seres queridos; pérdida de interés en actividades que previamente disfrutaba; sentimientos de tristeza, irritabilidad, desesperanza e invalidez; cambios en el

apetito y el peso; cambios en los hábitos de sueño; mayor susceptibilidad a enfermarse e Intensa fatiga física y emocional”.[8]

1.4 Síndrome de Sobrecarga del Cuidador

Cuidar de una persona dependiente supone tener que hacer frente a una gran cantidad de tareas, que desbordan con frecuencia las posibilidades reales del cuidador.

La carga es un complejo constructo que se refiere al efecto adverso que tiene la enfermedad del paciente y el cuidado del mismo en la vida de los familiares. El cuidar de un familiar enfermo repercute en la salud tanto física como mental del cuidador. Al hablar de Sobrecarga estamos hablando del resultado de cuidar de un paciente enfermo, ya que el cuidador tiene que renunciar muchas veces a todo, y hasta su propio bienestar para cuidar de su familiar, lo que trae consigo consecuencias: a nivel psicológico como ansiedad y depresión, a nivel físico un deterioro evidente de su salud y a nivel social, cambios en su estilo de vida habitual con aislamiento social, perdida de amigos, pasatiempos, pareja, etc.

Es por ello que en un cuidador agotado manifiesta el llamado Síndrome de Sobrecarga del cuidador, una realidad latente en nuestro país, que aclama su atención y ayuda por parte del Ministerio de Salud; así como a nivel familiar, ya

[8] Durón, R. M. & Martínez Juárez, I.E. (2009). Síndrome de Desgaste del Cuidador. ¿Estamos Ayudando. *Revista Médica Honduras*, *77*(1), pp, 43 – 44.

que si se efectuara un cuidado reciproco por parte de todos los miembros de la familia, se evitara que un solo familiar ejerza estos cuidados, garantizando de esta manera su salud y bienestar.

1.4.1 Dimensiones del Síndrome de Sobrecarga

Cuidar de un familiar enfermo trae consigo alteraciones en las diferentes esferas de la vida del paciente, tales como:

1. **Tareas de la casa:** Las tareas aumentan, ya que aparte de las labores domésticas comunes como: cocinar, limpiar, lavar, etc, se suman las tareas adicionales del cuidado del paciente, como supervisión y control de medicinas, aseo y curación del paciente; las tareas se ven multiplicadas.

2. **Relaciones familiares:** Tal y como se ha explicado anteriormente, las relaciones interpersonales de la familia se ven afectadas por la enfermedad: se crean tensiones, se dan importantes modificaciones en los estilos de convivencia, provocando todo ello un malestar subjetivo en sus miembros.

3. **Relaciones sociales:** En muchas ocasiones, se aíslan de los familiares, pierden contacto con amigos, vecinos, y otros familiares, por lo que van disipando toda posibilidad de recibir ayuda por parte de éstos. Todo ello

hace a estas personas sean más vulnerables a padecer problemas de salud.

4. **Tiempo libre y desarrollo personal:** Los pasatiempos, las aficiones, y el tiempo libre quedan en un segundo plano, llegando a desaparecer.

5. **Trabajo y Finanzas*:*** Los cuidadores familiares no pueden desempeñar ambas tareas satisfactoriamente (cuidar y trabajar), ya que cuando acuden al trabajo suelen experimentar un malestar subjetivo de preocupación por el familiar que se encuentra enfermo en casa, a lo que se suma la impuntualidad, falta de concentración y productividad, lo que ocasiona en muchos de los casos la perdida de trabajo, afectando a la economía familiar y por ende al paciente enfermo, ya que no habrá el ingreso suficiente para sobrellevar su padecimiento.

6. **Salud:** La carga afecta a la salud física (pérdida de apetito, cefaleas, dolores gástricos) y mental (tensión, irritabilidad, ansiedad, insatisfacción y depresión) de los familiares.

7. **Malestar subjetivo:** Sentimientos de culpa, incertidumbre, ambivalencia, odio, angustia, compasión, sentimientos de pérdida.

1.5 AFRONTAMIENTO

"El término Afrontamiento es la traducción castellana del término inglés "coping", con él se hace referencia a hacer frente a una situación estresante. La gran mayoría de los autores utiliza este término para referirse a todo un conjunto de respuestas, que tratan de reducir las cualidades negativas o aversivas de la situación estresante. Lazarus y Folkman (1986), en concreto lo definieron como: Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". [9]

La forma de afrontar una determinada situación estresante viene determinada por múltiples factores, ya que cada persona contará con más o menos recursos, de los cuales unos serán más efectivos que otros en función de la situación concreta.

"Rodríguez Marín (1995), clasifica los recursos de afrontamiento en: físicos/biológicos, psicológicos/psicosociales, culturales y sociales:

a. **Recursos físicos/biológicos:** Incluyen todos aquellos elementos físicos de la propia persona que contribuyen a un afrontamiento más adecuado: su salud física, su energía, fuerza, resistencia; así como su entorno físico (clima, condiciones de la vivienda).

[9] Jaureguizar, J. & Espina, A., (2005). *Enfermedad Física Crónica y Familia* (1ª ed.). Recuperado de: http://www.libreosenred.com, pp, 34 - 43.
.

b. **Recursos psicológicos/psicosociales:** Todas aquellas cualidades psíquicas y destrezas que pueden ser importantes en el afrontamiento de una situación estresante, como la capacidad intelectual, autoestima, sentido de control, creencias, capacidad de solución de problemas, autocontrol, etc.

c. **Recursos culturales:** Todos aquellos recursos relacionados con los valores y atribuciones causales reconocidos por la cultura y sociedad de la que el sujeto forma parte: normas, símbolos, prejuicios, creencias, costumbres.

d. **Recursos sociales:** Se incluye aquí el apoyo social, recurso crucial para hacer frente a los estresores".[10]

Por lo tanto, dependiendo de los recursos de los que disponga el individuo, la respuesta de afrontamiento desplegada variará significativamente.

"Folkman y Lazarus, (1980), realizó otra distinción entre aquellas respuestas de afrontamiento centradas en el problema y aquellas centradas en la emoción. El afrontamiento centrado en el problema tratará de confrontarse directamente al problema que causa el estrés mediante una adecuada toma de decisiones, solución de problemas o la acción directa sobre la fuente de estrés. El afrontamiento centrado en la emoción, por su parte, tratará de controlar la emoción causada por el estrés (por ejemplo, mediante técnicas de relajación). [11]

---

[10] Rodríguez Marín J. (1995). *Psicología social de la salud.* Madrid, Ed: Síntesis.

[11] Folkman S & Lazarus RS, (1980). *An analysis of coping in middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior* (21 ed.), pp, 219 - 239.

En conclusión: el Afrontamiento es el mecanismo, estrategia, o recurso que caracteriza a cada persona para hacer frente a una determinada realidad, dependiendo de la personalidad del individuo y de la valoración que haga de la situación, varia la respuesta, por ello, si es positiva predominan las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, mientras que si es negativa predominan las estrategias centradas en la emoción. Es por ello que los afrontamientos poco efectivos están relacionados con estrategias como la evitación, confrontación, y auto-inculpación, mientras que las estrategias como la planificación de resolución de problemas suele tener efectos más satisfactorios; cada persona así mismo tenemos estilos de afrontamiento relativamente estables, la reevaluación cognitiva o el autocontrol, los cuales son utilizados en un amplio rango de situaciones.

2. CAPITULO II ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

2.1 ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS Y CUIDADO

La atención y cuidados que requieren las personas que padecen enfermedades crónicas degenerativas, demanda una labor constante por parte de los cuidadores primarios quienes en la mayoría de los casos viven cambios en distintas esferas de su vida.

La salud y enfermedad conforman un binomio en el que la segunda es vista como un desequilibrio del organismo, por la que la búsqueda se ha centrado en restablecer este desequilibrio para recuperar así la salud del individuo. Actualmente las enfermedades crónico degenerativas se presentan con más frecuencia en los países industrializados debido a los estilos de vida inadecuados, alimentación, sueño, y ejercitación físico; también aparecen en países que se encuentran en desarrollo como consecuencia de esta búsqueda progresista.

“Al hablar de enfermedades degenerativas, nos referimos a aquellas que van degradando física y/o mentalmente a quienes la padecen, pues provocan un desequilibrio en los organismos de regeneración celular. Este tipo de enfermedades se adquieren por medio de estilos de vida inapropiados, a lo que se suma factores genéticos de naturaleza hereditaria desencadenantes de estas enfermedades. La diferencia entre una condición crónica y una infecto-contagiosa

se fundamenta sobre el hecho de que las enfermedades crónicas degenerativas no son trasmisibles mediante el contacto personal. ”[12]

Las enfermedades crónicas degenerativas comúnmente toman un periodo de tiempo prolongado para desarrollarse, ocasionando una destrucción progresiva de los tejidos e interfiriendo con la capacidad del cuerpo para funcionar de forma adecuada, afectando a diversos órganos o tejidos; son aún de causa desconocida y no existe cura para gran parta de ellas, anuqué algunas enfermedades pueden ser prevenidas, minimizando de esta manera los efectos adversos. Los tratamientos que existen tienden a ser paliativos, es decir, enfocados a atenuar los efectos que producen las enfermedades crónicas degenerativas y a tratar de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas

La familia es el primer contacto donde se desarrollan estas enfermedades, sin embargo, cuando se ha diagnosticado una enfermedad de este tipo, también es la familia el principal vinculo que tiene el paciente para modificar, mantener o eliminar practicas o costumbres dañinas o establecer nuevas. A partir de la noticia de una enfermedad terminal comienza una nueva etapa para la familia y precisa realizar ciertos reajustes en su funcionamiento, procurando que ello no dañe la salud de otro de sus miembros. Es importante ayudar a la familia a afrontar la situación toda unida, pues esta transición no solo tiene impacto en el individuo

[12] Gonzales Castro. U. & Reyes Luna, A. (Junio, 2012). Algunos Aspectos del Proceso que Viven los Cuidadores Primarios de un Enfermo Crónico – Degenerativo, *Revista de Psicología de Iztacala*, *15*(2), pp, 637 - 642.

que las padece, sino en todos los miembros de la misma, en especial en el cuidador principal quien es el soporte en el transcurso de esta enfermedad.

2.2 SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN NUESTRO PAÍS

"De acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud del Ecuador las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial han experimentado un incremento sostenido en el periodo 1994 – 2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años.

Para el 2009, los casos notificados fueron de 68,635 y 151,821 para diabetes mellitus e hipertensión arterial respectivamente.

En el periodo 1994 a 2009, la prevalencia de diabetes mellitus se incrementó de 142 por 100,000 habitantes a 1084, mientras que la hipertensión arterial pasó de 63 a 488 por 100,000 habitantes en el mismo periodo. Para ambas enfermedades, las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la costa que en el resto del país aunque la zona insular le sigue en importancia. Su incidencia es mayor en la mujer.

De entre las diez principales causas de mortalidad por enfermedades crónicas no trasmisibles, la tendencia de la tasa desde el 2005 al 2009, es hacia el aumento,

ocupando el primer lugar las neoplasias malignas y luego si sumamos la mortalidad por enfermedades cardiocirculatorias (hipertensión arterial, cerebrovasculares, isquemia cardíaca), estás ocupan la primera causa de mortalidad, y luego la diabetes. De cada 10 muertes 6 corresponden a enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT).

Consecuente con este escenario epidemiológico, el Ministerio de salud pública ha establecido que el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles constituye una alta prioridad política y estratégica, para ello se ha establecido como referente técnico la Estrategia Regional y Plan de Acción de la OPS/OMS, con Enfoque Integrado sobre la prevención y el control de las Enfermedades Crónicas, para lo cual una de las actividades de las 4 líneas de acción (1 Políticas Públicas, 2. Vigilancia Epidemiológica, 3. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad y 4. Manejo de los Servicios y sus Factores de Riesgo) del Plan Nacional del Ecuador para la Prevención y Control de las ECNT, se refiere a las normas y protocolos clínicos y terapéuticos para el manejo de las ECNT, con la finalidad de estandarizar su manejo en los establecimientos de salud tanto públicos como privados y mejorar la calidad de atención".[13]

[13] Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2011). *Normalización del Sistema Nacional de Salud, Programa del Adulto-Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Protocolos Clínicos y Terapéuticos para la Atención de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (diabetes 1, diabetes 2, dislipidemias, hipertensión arterial)*; Ecuador**,** pp, 7 – 8.

2.3 ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS ENCONTRADAS EN EL INSTITUTO ECUATIRANO DE SEGURIDAD SOCIAL LOJA.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.

En el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso IESS- LOJA, el mayor índice de patologías encontramos son las siguientes:

2.3.1 DIABETES MELLITUS TIPO 2

"Se la define como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia causada por defectos en la secreción y/o acción de insulina, denominada ésta última resistencia insulinica (RI) la que está determinada genéticamente y favorecida por condiciones ambientales. La RI es de crucial importancia en el desarrollo de la diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), la que junto a la hiposecreción relativa de insulina al estímulo de glucosa, hacen que la enfermedad se manifieste clínicamente. La hiperglucemia crónica de la diabetes

se asocia con daño a largo plazo, disfunción e insuficiencia de diversos órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos”.[14]

2.3.1.1 Síntomas

1. “Poliuria**:** El paciente orina más de lo frecuente.
2. Polidipsia**:** El paciente bebe más de lo habitual para compensar la pérdida de líquidos.
3. Disminución de peso**:** Al no utilizar azúcar, se queman las grasas y el paciente disminuye de peso.
4. Polifagia**:** Aumento de apetito.
5. Cansancio.
6. Picores generalizados o en los genitales.
7. Propensión a infecciones de la piel (panadizos, forúnculos).
8. Retardo en la cicatrización de las heridas.
9. Infecciones en las encías.
10. Aflojamiento de los dientes.
11. Dolores y hormigueos en las extremidades.
12. Alteraciones en la vista”[15].

---

[14] Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2011). *Normalización del Sistema Nacional de Salud, Programa del Adulto-Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Protocolos Clínicos y Terapéuticos para la Atención de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (diabetes 1, diabetes 2, dislipidemias, hipertensión arterial)*; Ecuador**,** p, 9.

[15] Dirección Nacional de Políticas para adultos Mayores. (2010). Situaciones Frecuentes que requieren cuidado de enfermería**.** Mónica Laura Roqué (Comp), Analía Elía (Ed.), Lic. Teresita Sotelino (Coord.), *Manual de cuidados domiciliarios; aprendiendo estrategias para cuidar mejor* Buenos Aires, Argentina: Pcia. de Buenos Aires, pp, 73 - 85.

2.3.1.2 Factores en la aparición de la enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la elevación crónica de la glucemia puede resultar de la acción de factores genéticos y ambientales, que actuarían a veces de forma conjunta, como: antecedentes familiares (tendencia familiar), infecciones, obesidad, embarazo, situaciones de estrés, y otras enfermedades (por la propia enfermedad o por los tratamientos farmacológicos utilizados)

2.3.1.3 Epidemiología

"A nivel mundial en 1955 existían 135 millones de pacientes diabéticos, se esperan alrededor de 300 millones para el año 2025. Entre 1995 y 2025 se ha estimado un incremento de 35% en la prevalencia. Predomina el sexo femenino y es más frecuente en el grupo de edad de 45 a 64 años.

A nivel de Latinoamérica incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años. Existe alrededor de 15 millones de personas con Diabetes Mellitus en Latinoamérica y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años.

En cuanto a nuestro país la incidencia de la Diabetes, para el año 2000, fue de 80 por cada 100.000 habitantes y para el año 2009, la tasa fue de 488. Distribuido de la siguiente manera: en la costa la tasa fue de 92 para el año 2000, mientras que

en el 2009 fue de 698; le sigue Galápagos con una tasa de 339; la Amazonía con una tasa de 316 y finalmente la Sierra con 284 personas por cada 100.000 habitantes para el mismo año 2009”.[16]

2.3.1.4 Complicaciones

Las principales complicaciones que pudimos encontrar en los pacientes son las siguientes:

Retinopatía diabética: Manifestándose con una pérdida en la agudeza visual**.**

Pie Diabético: Como la circulación en los pies está disminuida, los nervios se vuelven sensibles y existe una mayor propensión a las infecciones. Los problemas empiezan por cualquier pequeño traumatismo (rozadura, herida, grieta, etc.). Estas heridas se pueden infectar, los tejidos infectados se inflaman requiriendo mayor aporte de sangre, favoreciendo la extensión de la infección, y la posterior amputación de la extremidad afectada.

2.3.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

“Es una enfermedad cardiovascular de etiología multifactorial, caracterizada por una elevación persistente de la presión arterial sistólica y/o diastólica a cifras iguales o mayores de 140/90 mm Hg.

---

16 Córdova Soria, L. M. & Solís Sánchez, C. A., (2010). *Acercamiento Clínico y Tratamiento Nutricional a la Diabetes Mellitus 2* (Disertación Licenciatura en Nutrición). Escuela Superior Politécnica del Litoral, Guayaquil, Ecuador. p, 3.

2.3.2.1 Clasificación

Primaria o Esencial: Idiopática (de causa no identificable) que representa de 80 a 90% de los casos de Hipertensión Arterial (HTA).

Secundaria: De etiología clínicamente demostrable. Constituye menos de 10% de todos los casos.

2.3.2.2 Síntomas

Entre los síntomas iniciales considerados por los enfermos están: cefalea, vértigo, epistaxis, debilidad, rubefacción, etc. Los cuales no son constantes debido a que un alto porcentaje de quienes padecen HTA refieren ser asintomáticos antes de la detección. Muchos la descubren cuando aparecen complicaciones derivadas de lesiones orgánicas o complicaciones graves o mortales, e incluso hipertensión maligna.

2.3.2.3 Factores en la aparición de la enfermedad

Edad: Su frecuencia se incrementa conforme aumenta la edad. Más del 50% de mayores de 60 años padece algún grado de HTA.

Sexo: Predomina en el sexo masculino. A partir de los 50 años el riesgo es el mismo para ambos sexos.

Herencia: Antecedentes familiares de HTA, diabetes, cardiopatías, hipercolesterolemia.

Diferencias Étnicas: Se han identificado algunos factores hereditarios o genéticos. Entre ellos se atribuye a afroamericanos una mayor incidencia; sin embargo es más importante la influencia de los factores económicos y psicosociales, ya que su prevalencia es mayor en países desarrollados.

2.3.2.4 Factores Desencadenantes

Obesidad, hipercolesterolemia, estrés, patologías secundarias específicas, iatrogenias, alcoholismo, tabaquismo, y por descuido en la atención Médica.

2.3.2.5 Epidemiologia

Magnitud: Afecta a más del 25% de la población adulta, en tanto que el 60% ignora padecerla.

Mortalidad: La mortalidad especifica constituye solo parte de la causa por esta enfermedad, que se asocia con otras causas, como enfermedad vascular (42%), cardiopatía isquémica (27%), diabetes mellitus (8,1%), nefropatías, accidente cerebrovascular, etc. [17]

[17] López Ramos, F. (2009). *Epidemiologia Enfermedades Transmisibles Y Crónico Degenerativas* (2ª ed). México: El Manual Moderno, S.A de C.V., pp, 295 – 301

2.3.2.6 Riesgos y complicaciones de la Hipertensión Arterial

a. El principal riesgo es el Infarto de Miocardio, un hipertenso no tratado tiene como media 10 veces más de riesgo de morir de infarto que un individuo con una tensión normal.

b. A nivel cerebral puede producir trombos o roturas arteriales dando lugar a hemorragias con daño en las células nerviosas.

c. A nivel renal puede producir insuficiencia renal que si no es tratada puede tener problemas de salud.

d. A nivel del ojo puede producir hipertensión y rotura de los vasos oculares con la consiguiente pérdida de visión.[18]

En el presente estudio la principal complicación encontrada es el Accidente o Enfermedad Cerebrovascular (ACV):

2.3.3 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

"Los eventos cerebrovasculares consisten en episodios de déficit neurológico de instalación aguda y duración variable causados por isquemia o sangrado encefálicos.

[18] Comunidad de Madrid (2009). *Guía de Recomendaciones al Paciente con Hipertensión Arterial.* Madrid: Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección, p, 3.

2.3.3.1 Factores de riesgo:

1. Edad.
2. Hipertensión Arterial.
3. Cardiopatía (incluye enfermedad coronaria, hipertrofia ventricular izquierda, fibrilación auricular, cardiomegalia, endocarditis, valvulopatias e insuficiencia cardiaca).
4. Enfermedad aterotrombotica.
5. Hipercolesterolemia.
6. Diabetes Mellitus.
7. Antecedentes familiares de enfermedad vascular.
8. Tabaquismo.
9. Hiperviscosidad sanguínea

2.3.3.2 Epidemiologia

El Enfermedad Cerebrovascular constituye la tercera causa de muerte en los países desarrollados. Su incidencia aumenta con la edad y es más frecuente en los hombres. Se estima que el 5% de los individuos mayores de 65 años sufrirá un Accidente Cerebrovascular (ACV) en algún momento de su vida. El 75% de los ACV ocurre en este grupo etario; así mismo, el ACV representa la segunda causa de muerte para este grupo.

La mortalidad del ACV en los primeros 30 días es de aproximadamente el 20% y puede llegar al 40% durante el primer año. La mortalidad anual por ACV es de 75/100000 habitantes con una desproporcionada mayoría de muertes tempranas con pacientes con ACV hemorrágico. La prevalencia de pacientes que han sufrido un ACV es de 5 en 1000 (0,5%)".[19]

2.3.4 CÁNCER

"El cáncer no es una sola enfermedad, es el nombre de una variedad de por lo menos cien enfermedades muy distintas entre sí y que se produce por el crecimiento anormal y desordenado de las células del cuerpo. Esto es causado por alteraciones celulares ocurridas cuando la clave cromosómica genética ha sido alterada, por lo que las células reciben mensajes erróneos. La célula cancerosa pierde el control de su propio desarrollo, de modo que se divide en más células a mayor velocidad que el resto de tejidos a los que pertenece, sin cumplir las funciones para las que ha sido creada.

2.3.4.1 Síntomas

Un problema importante que se presenta con el cáncer es que en general, esta enfermedad no produce síntomas; cuando lo hace, ello significa que la

[19] Adolfo, R. y et al. (2001). ***MEDICINA FAMILIAR Y PRACTICA AMBULATORIA.*** Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana, pp, 1091 – 1093.

enfermedad está muy avanzada. Hay que sospechar de cáncer invasor cuando se presenten los siguientes signos, que se consideran de alarma:

1. Signos y síntomas digestivos que no mejoren con tratamiento.
2. Hemorragias, principalmente vaginales entre menstruaciones, posteriores al coito u ocurridas después de la menopausia, así como digestivas y urinarias.
3. Dolor persistente en alguna parte del cuerpo.
4. Aparición de masas o ganglios.
5. Tos persistente, alteraciones de la voz (disfonía), dificultad para tragar (disfagia).
6. Cambios de tamaño, color y forma de lunares o verrugas. Heridas que no cicatrizan.
7. Cambio del ritmo intestinal, de la frecuencia de las deposiciones o de color, o consistencia de las heces.
8. Pérdida de peso injustificada (en general, el cáncer invasor es un tumor que consume mucha energía, y por lo tanto se presenta una pérdida rápida de peso).

2.3.4.2 Factores en la aparición de la enfermedad

En general, el cáncer no se origina por una sola causa, sino que en su generación operan múltiples factores; por eso se dice que el cáncer es una enfermedad multifactorial. De manera amplia, las causas del cáncer se clasifican

en dos categorías: externas o internas. Las causas internas se conocen como una predisposición genética, lo que quiere decir que en ciertas familias se hereda un gen anormal que hace que sus miembros presenten una alta probabilidad de desarrollar cáncer, y las causas externas, es decir, por exposiciones a sustancias químicas o a agentes físicos o biológicos que afectan los genes de las células, transformándolas en cancerosas.

Factores de Riesgo	Porcentaje atribuido
Dieta	35
Consumo de Cigarrillo	30
Infecciones	10
Rayos Solares	3
Alcohol	3
Ocupación	4
Radiación	1
Contaminación	2
Medicamentos	1

2.3.4.3 Epidemiología

. En el siglo XX, el cáncer se convirtió en una nueva epidemia. Esta epidemia se mide en términos de su incidencia. En 1996 se presentaron 10,3 millones de casos, y se calcula que en el año 2020 se presentarán 14,7 millones de casos.

Los tipos de Cáncer encontrados con más frecuencia en el Hospital del IESS-LOJA, son:

2.3.4.3.1 CÁNCER COLORECTAL

Es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas en los tejidos del colon y el recto. La función de estos órganos es la absorción de agua y la eliminación de los materiales sólidos de desecho del organismo (materia fecal). Este tipo de cáncer afecta en general a personas mayores de cincuenta años, principalmente hombres.

2.3.4.3.1.1 Síntomas

1. Cualquier cambio crónico en los hábitos intestinales (diarrea o estreñimiento).
2. Presencia de sangre en la materia fecal (este hallazgo algunas veces sólo puede hacerse mediante pruebas de laboratorio).
3. Sensación de evacuación intestinal incompleta.
4. Pérdida de peso injustificada.
5. Anemia (que se manifiesta por cansancio, palidez y fatiga). Esto debe confirmarse mediante examen clínico y pruebas de laboratorio.

2.3.4.3.1.2 Factores de riesgo

Los factores que influyen en la aparición del cáncer colorrectal son: antecedentes familiares de esta enfermedad, la poliposis intestinal y la enfermedad inflamatoria intestinal. El riesgo de padecer un tumor de éstos aumenta en zonas industriales y urbanas. Otros posibles factores, son la falta de ejercicio físico, la exposición a ciertos productos químicos, y una dieta pobre en fibra y rica en grasas de origen animal.

2.3.4.3.2 CÁNCER DE PRÓSTATA

El cáncer de próstata es el más frecuente del aparato genitourinario del hombre. La próstata es una pequeña glándula sexual masculina cuyo propósito es la producción del líquido seminal que forma parte del semen o esperma. Está ubicada encima del recto y debajo de la vejiga urinaria y rodea la uretra. Por esto, cuando la próstata crece hay dificultades para orinar y eyacular. La próstata crece durante la mayor parte de la vida de un hombre, de modo que es muy frecuente que a partir de los sesenta años se presente una condición llamada “próstata agrandada” o hipertrofia prostática benigna (HPB), bastante más común que el cáncer de próstata.

2.3.4.3.2.1 Síntomas

En su estadio inicial, es posible que el cáncer de próstata no produzca signos o síntomas. Cuando crece el tumor, pueden notarse ciertos signos de alarma entre los que se incluyen:

1. Dificultad al comenzar o al terminar de orinar.
2. Fuerza reducida del chorro de orina.
3. Goteo al final de la micción.
4. Micción dolorosa o con ardor
5. Orinar poco y frecuentemente, especialmente por la noche.
6. Eyaculación dolorosa.
7. Sangre en la orina.
8. Incapacidad para orinar.
9. Dolor continuo en la parte baja de la espalda, en la pelvis o en la zona superior de los muslos.

2.3.4.3.2.2 Factores de riesgo

Edad: El cáncer de próstata se da con mayor frecuencia en hombres mayores de cuarenta años.

Antecedentes familiares: El riesgo es mayor en los hombres con algún familiar de primer grado (padre, hermano, tío) con cáncer de próstata, y es aún mayor si hay más de un pariente con antecedentes de este tipo de cáncer.

Factores ambientales: La exposición al cadmio o al caucho, por ejemplo, puede favorecer el desarrollo de cáncer de próstata (sería el caso de personas que trabajan con soldaduras o baterías).

Actividad sexual: No está clara la relación entre el cáncer de próstata y la actividad sexual; sin embargo, se ha encontrado que los grupos poblacionales cuyos miembros tienen un menor número de relaciones sexuales o son célibes tienen menor riesgo.

Dieta: Los índices más altos de cáncer de próstata se presentan en las poblaciones que consumen dietas altas en grasas y calcio. La vitamina E (alfa-tocoferol), los licopenos (presentes en el tomate) y la actividad física regular tienen efectos protectores.

Otros factores, menos evidentes, son los antecedentes de enfermedades sexuales de origen viral y los trastornos hormonales". [20]

2.3.5 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la principal causa de demencia entre los adultos mayores (salvo en los japoneses, donde predomina la demencia vascular). Es una enfermedad de compleja patogenia, a veces hereditaria, que se caracteriza desde el punto de vista anatómico, por pérdida de neuronas y sinapsis y la presencia de placas seniles y de degeneración neurofibrilar. Clínicamente se expresa como una demencia de comienzo insidioso y lentamente progresivo, que

[20] Ministerio de la Protección Social, & Instituto Nacional de Cancerología E.S.E (2004). *EL CANCER; Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*. República de Colombia. pp, 8 – 55

habitualmente se inicia con fallas de la memoria reciente y termina con un paciente postrado en cama, totalmente dependiente.[21]

2.3.5.1 Clasificación

La edad de inicio de la demencia tipo Alzheimer puede ser señalada con el uso de uno de los siguientes subtipos.

Inicio Temprano. Este subtipo se usará si el inicio de la demencia se presenta a los 65 años o antes.

Inicio Tardío. Este subtipo se usará si el inicio de la demencia se inicia después de los 65 años.[22]

2.3.5.2 Sintomatología

El primer síntoma es la pérdida de memoria, luego aparece la incapacidad de pensar con lógica, de aprender, de recordar, de planificar su futuro, así como de controlar y/o detener los comportamientos complejos. Todos estos cuadros además se acompañan de cambios afectivos y emocionales que alteran aún más la normal convivencia entre el enfermo y quienes le rodean.

---

[21] Boller F. y Duyckaerts, Ch. (1997). Alzheimer disease: clinical and anatomical aspects**;**. En: Feinberg T.E, Farah, M.J. (eds). *Behavioral Neurology and Neuropsychology*. New York: McGraw-Hill, p, 9.

[22] **DSM-IV-TR**; MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Barcelona, España: MASON, S.A. p, 176.

En las personas con enfermedad de Alzheimer se añade una progresiva dificultad para realizar las tareas cotidianas, e incapacidad cada vez más manifiesta de tomar decisiones sobre su vida y sus cuidados, y todo ello con la poca o nula conciencia de que están enfermos.[23]

2.3.5.3 Epidemiologia

Aumenta espectacularmente con la edad, pasando de un 0,6% en hombres y un 0,8% en mujeres de 65 años, a un 11% en hombres y a un 14% en mujeres de 85 años. A la edad de 90 años, la prevalencia aumenta hasta un 21% en hombres y hasta un 25% en mujeres, y a la edad de 95 años hasta un 36% en hombres y un 41% en mujeres. Los casos moderados y graves constituyan alrededor de un 40 a un 60% de esta tasa estimada de prevalencia.[24]

2.3.6 GANGRENA DE FOURNIER

Es una infección grave y profunda del tejido subcutáneo que genera destrucción progresiva de fascia y del panículo adiposo, caracterizado por

---

[23] Méndez Baquero, R., Molina Díaz, E., Téna Dávila, M., de Yagüe Rodríguez, A. (2005). *Guía para Familiares de Enfermos de Alzheimer: "Querer cuidar, saber hacerlo".* Madrid, Artes Gráficas Municipales Madrid, p, 5.

[24] **DSM-IV-TR**; MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Barcelona, España: MASON, S.A. p, 178.

necrosis rápida y extensa con gangrena de la piel y de las estructuras adyacentes.[25]

La gangrena de Fournier es una rápida y progresiva infección de los genitales, con una elevada morbilidad y mortalidad; en ocasiones la velocidad de avance de la infección local puede llegar a 2,54 cm/hora. El desbridamiento quirúrgico precoz y el tratamiento antibiótico, instaurados ambos de forma temprana, aumentan la supervivencia de estos pacientes.[26]

2.3.6.1 Factores en la aparición de la enfermedad

"Muchos de estos pacientes tienen enfermedades sistémicas de base, tal como diabetes mellitus (DM), tuberculosis urogenital, sífilis, VIH, neoplasias malignas, alcoholismo crónico, etc., responsables de los trastornos vasculares e inmunitarios que incrementan la susceptibilidad a la infección polimicrobiana. Un bajo nivel socioeconómico también ha sido descrito como factor predisponente.

---

[25] Azulay, R. D., Azulay, D. R., & Azulay, L. (2006). *DERMATOLOGIA, AZULAY* (4ta ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. pp, 311 - 312

[26] San Valero Carcelén, E., Navarro Mira, M..A., Rubini Puig, R., Ramos de Campos, M., y Rubini Puig, J.S. (2002). Gangrena de Fournier en Urgencias. *Emergencias 2002, 14*, pp, 93 - 95.

2.3.6.2 Epidemiologia

El proceso afecta principalmente a varones (aunque existen casos publicados en mujeres y en niños de incluso 2 meses) en un rango de edad amplio, comprendido entre los 50 - 70 años".

Es una enfermedad con una incidencia global de 1,6 casos/100.000 hombres - año, pero con una alta tasa de mortalidad, oscilando según las series más recientes, como media, entre el 20 - 30%.[27]

2.3.7 ENFISEMA PULMONAR

El enfisema es una enfermedad pulmonar que comprende daños a los alveolos. Los sacos alveolares no pueden desinflarse completamente y, por lo tanto, son incapaces de llenarse con aire nuevo para garantizar una adecuada provisión de oxígeno al cuerpo.

2.3.7.1 Síntomas

1. Dificultad para respirar.
2. Tos crónica, con o sin producción de estupo.

[27] Jiménez Pachecoa, A. et al. (2012). GANGRENA DE FOURNIER. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COSTE ECONÓMICO-SANITARIO DE NUESTRA SERIE DE 37 CASOS. *Actas Dermosifiliorg*, 103(1), pp, 29 - 35.

3. Sibilancia.
4. Capacidad reducida para hacer ejercicio.

Otros síntomas adicionales son los siguientes:

5. Ansiedad.
6. Pérdida de peso involuntaria.
7. Edema de tobillos, pies y piernas.
8. Fatiga.

2.3.7.2 Factores en la aparición de la enfermedad

El consumo de cigarrillos es la causa más común del enfisema. Se cree que el humo del tabaco y otros contaminantes causan la liberación de químicos desde los pulmones que dañan las paredes alveolares. El daño empeora con el paso del tiempo, afectando el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.

Una sustancia que existe naturalmente en los pulmones, llamada alfa 1 antitripsina, puede proteger contra este daño, por lo cual las personas con deficiencia de alfa 1 antitripsina están en mayor riesgo de contraer la enfermedad.

2.3.7.3 Complicaciones

a. Infecciones respiratorias recurrentes
b. Hipertensión pulmonar

c. Corpulmonale (aumento de tamaño y tensión del lado derecho del corazón)

d. Eritrocitosis (aumento en el número de glóbulos rojos)

e. Muerte”.[28]

2.3.8 Distrofia Muscular Miotónica de Steinert

La distrofia muscular miotónica (DMM) es una enfermedad genética autosómica dominante que asocia: Distrofia muscular Miotonía**:** retraso en el relajamiento del músculo, y anomalías de otros órganos**:** ojos, sistema nervioso, aparato cardiorrespiratorio, aparato digestivo y glándulas endocrinas.

2.3.8.1 Síntomas

Las principales manifestaciones de la enfermedad de Steinert tienen que ver con el aparato muscular, el sistema ocular, el aparato cardiovascular, el sistema nervioso central, el aparato digestivo y las gónadas.

La miotonía, signo cardinal de la enfermedad, se manifiesta en algunos grupos musculares. En otros grupos (cara y cuello, dorsiflexores de los pies y antebrazos) predominan habitualmente la atrofia y la debilidad musculares (distrofia muscular).

[28] González Sosa, M. Ángel. Clinopatología del Aparato Respiratorio. Conferencia: Presentación realizada en el curso de “Clinopatología del Aparato Respiratorio” dentro de la Licenciatura de Médico Cirujano del Área Académica de Medicina en el semestre Julio – Diciembre 2011, p, 15.
.

Casi el 100% de los pacientes presenta cataratas después de los 40 años. Puede tratarse de la única expresión tardía de la enfermedad. En el 90% de los casos existe una afectación cardiaca (problemas del ritmo y/o de la conducción) que en ocasiones, es la causa de muerte súbita.

La afectación respiratoria se manifiesta por neumopatías por aspiración, debilidad y miotonía de los músculos respiratorios, así como por una posible anomalía del control central de la respiración.

La afectación digestiva, esencialmente miotónica, produce con frecuencia disfagia y/o trastornos digestivos sin importancia. Los trastornos del sueño y la depresión son frecuentes.

2.3.8.2 Epidemiologia

La distrofia miotónica de Steinert es la miopatía hereditaria más frecuente en el adulto. Presenta una distribución geográfica universal, se ha observado en todas las poblaciones estudiadas, y afecta a todas las razas.

Prevalencia: 5 por cada 100 000 habitantes

Incidencia: 13,5 por cada 100 000 nacimientos

Tasa de mutación: de 0,5 a 1,3”.[29]

[29] Cécile Jaeger, (2004). *DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT* (2ª edición). Barcelona, España: ASEM-AFM, Asociación Francesa contra las Miopatías, Asociación Española contra las Miopatías Enfermedades Neuromusculares, pp, 76 – 81.

5. MATERIALES Y MÉTODOS:

5.1 METODOLOGÍA:

Se plantea el presente estudio con la finalidad de investigar la presencia del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador en familiares responsables del cuidado de pacientes con enfermedades crónico - degenerativas, así como para identificar los principales síntomas psicológicos y rasgos de personalidad en familiares con Síndrome del Cuidador, y de acuerdo a las variables socio - demográficas establecer el perfil del cuidador en nuestra ciudad.

5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una Investigación Mixta Cuanti - Cualitativa, ya que representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación, e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendiendo del fenómeno bajo estudio, reforzando de esta manera la credibilidad general de los resultados y procedimientos; así mismo el estudio es de tipo Exploratorio – Descriptivo - Demostrativo; es Exploratorio por que el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, sirve para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos; es Descriptivo ya que se pretende contextualizar las variables en estudio, y demostrativo, puesto que se pretende poner en evidencia los resultados del Síndrome del Cuidador en

familiares responsables del cuidado de pacientes con enfermedades crónico – degenerativas; así mismo es transversal ya que el estudio se va a realizar en un tiempo y espacio determinado (Unidad de Medicina Familiar del Hospital “Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso” IESS – LOJA. Periodo Abril – Septiembre 2013).

5.3 UNIVERSO

La población de estudio son los familiares que se encuentran a cargo del cuidado de pacientes con enfermedades crónico - degenerativas atendidos psicológicamente por la Unidad de Medicina Familiar del Hospital “Manuel Ignacio Monteros Valdivieso” IESS – LOJA, durante el período Abril – Septiembre 2013.

Durante este periodo, la Unidad de Medicina Familiar atendió psicológicamente a un total de 35 pacientes con enfermedades crónico - degenerativas; tomando para nuestro estudio una población inicial de 25 familiares encargados del cuidado de estos pacientes, los mismo que fueron seleccionados según los procesos de inclusión y exclusión, pero debido al cuadro clínico que presentaban dos pacientes fallecieron (por coma diabético, e insuficiencia respiratoria), por lo que la población final se redujo a un total de 23 Cuidadores Informales o Familiares.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluyó todas aquéllas personas que son familiares a cargo del cuidado de pacientes con enfermedades crónico – degenerativas atendidos por la Unidad de Medicina Familiar del Hospital "Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso" IESS – LOJA.

Los cuidadores deberán tener las siguientes características:

- **a.** Ser familiar del paciente.
- **b.** Tener a su cargo un enfermo crónico – degenerativo.
- **c.** Ser un "cuidador informal", es decir, ser el cuidador principal del paciente y además, no realizar su labor como parte de una institución sanitaria ni social.

Se excluyeron todos aquéllos cuidadores que:

- **d.** No son familiares del paciente o que son cuidadores formales.

Quedando una población de 23 Cuidadores Familiares que corresponde al 100%.

5.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Aplicados los reactivos psicológicos, se procede a su respectivo análisis e interpretación, utilizando los programas de Word y Excel para la elaboración de gráficos, tablas y tabulación.

5. 6 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de datos, se procederá a la utilización de técnicas e instrumentos, los cuales están encaminados a cumplir con las metas y objetivos de estudio, tales como: Observación Clínica, Historia Clínica Psicológica (Anexo 1), Escala de sobrecarga de Zarit (Anexo 2), Escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo 3), Escala de Depresión de Hamilton (Anexo 4) y Cuestionario de Personalidad SEAPSI (Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa) (Anexo 5). Siendo necesario para cumplir a cabalidad con el objetivo planteado atender a cada paciente en el lapso de tres sesiones.

5.6.1 LA OBSERVACIÓN CLÍNICA

La observación constituye una de las técnicas de mayor aplicación en el trabajo de diagnóstico psicológico. Generalmente se asocia al trabajo sensoperceptivo y a las funciones superiores del investigador a través de cuyos mecanismos se puede hacer inferencias sobre el comportamiento del paciente o sujeto. Cuando se habla de observación se hace alusión al trabajo descriptivo de las diferentes manifestaciones conductuales que hacen referencia tanto a las comunicaciones no verbales durante la entrevista, como a los comportamientos espontáneos o controlados por el psicólogo.[30]

[30] Balarezo Chiriboga, L. y Mancheno, D. S (2003). *Guía para el Diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico (1 ed.)*. Quito, Ecuador, Unigraf, p, 5.

5.6.2 LA HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Provee información que involucra variables socio-demográficas y cuadro sintomático.

5.6.2.1 Descripción:

Autores: Balarezo Chiriboga, L. y Mancheno, D. S (2003).

Definición: Es un registro completo realizado de forma confidencial a todo tipo de pacientes psiquiátricos/psicológicos que atendemos por primera vez; en donde establecemos un diálogo de tal forma que se entienda, conozca y comprenda al paciente, generando así una relación psicólogo-paciente de considerable valor terapéutico. Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora otros datos, tales como: Datos de Identificación, Motivo de ingreso, Motivo de consulta, Enfermedad actual, Historia pasada de la enfermedad, Psicoanamnesis personal normal y patológica; Psicoanamnesis familiar normal y patológica; Historia social, laboral, psicosexual; Examen de funciones; Reactivos psicológicos, y Diagnóstico.

Aplicación: Este cuestionario es aplicado de forma individual. En cuanto a la forma de realizar la historia, el paciente no debe sentir que se encuentra frente a un interrogatorio al que debe contestar de la forma más satisfactoria posible para quedar bien, no debe sentirse acosado, sino que hay que dejarle que en determinados momentos se exprese libremente; en cambio en otros, incidir sutilmente para que se centre en los objetivos de interés. El lenguaje debe ser sencillo y asequible para que nos entienda, olvidándonos de los tecnicismos que pueden confundir al paciente.[31].

Tiempo de aplicación: No existe límite de tiempo.

---

[31] Balarezo Chiriboga, L. y Mancheno, D. S (2003). *Guía para el Diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico (1 ed.)*. Quito, Ecuador, Unigraf, pp, 6 - 11.

5.6.3 ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR – TEST DE ZARIT

Es utilizada para determinar el Síndrome de sobrecarga del Cuidador.

5.6.3 Descripción del Test:

Autor: Zarit, Reever y Bach Peterson (1980)

Definición: Es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de personas dependientes. Aunque no es el único que se ha empleado para cuantificar el grado de sobrecarga, sí es el más utilizado, y se dispone de versiones validadas en inglés, francés, alemán, sueco, danés, portugués, español, chino, japonés, etc. La versión original en inglés, que tiene *copyright* desde 1983, consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador.[32]

Aplicación: Este cuestionario puede ser aplicado de dos formas, individualmente y colectivamente.

Tiempo de aplicación: No existe límite de tiempo.

Interpretación: La puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos. Con una puntuación ≤ 46 «no hay sobrecarga», con 47 - 55 hay «sobrecarga leve» y ≥ 56 implica una «sobrecarga intensa»

---

[32] Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., y Millán, T. (2009). *Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones Original y Abreviada (*137).*Revista Médica Chile*, pp, 657 – 665.

5.6.4 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HAM-A)

Es utilizada para establecer la presencia de sintomatología Ansiosa.

5.6.4.1 Descripción del test:

Autor: Hamilton M., 1959.

Definición: La Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1.959. Se trata de una escala de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista, es uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad, puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. El propio autor indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.[33].

Aplicación: Es Heteroaplicada.

Tiempo de aplicación: 15 a 20 minutos.

Interpretación: El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. Con la siguiente interpretación: de 14 – 17 = Ansiedad Leve; 18 – 24 = Ansiedad Moderada; y de 25 – 30 = Ansiedad Severa. [34]

---

[33] Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32, pp 50 - 55.

[34] Hamilton, M. Diagnosis and rating of anxiety. In Studies of Anxiety, Lander, MH. Brit Psychiat Spec But 1969; 3, pp, 76 - 79.

5.6.5 ESCALA DE DEPRESIÓN HAMILTON (HAM-D)

Es utilizada para establecer la presencia de sintomatología Ansiosa.

5.6.5.1 Descripción del test:

Autor: Hamilton M., 1967.

Definición: La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, o HRSD) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 items, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. La versión de 21 items fue adaptada al castellano por Conde y cols en 1984, quien introdujo un item final para valoración de otros síntomas, por lo que consta de 22 ítems. Finalmente Ramos-Brieva y Cordero (1986), la adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems. Ocho parámetros son medidos en una escala de 5 puntos, en un rango que va desde 0 = no presente, hasta 4 = severo. Nueve son medidos a partir de 0 – 2 puntos**.35**

Aplicación: Es Heteroaplicada.

Tiempo de aplicación: 15 a 20 minutos

Interpretación: Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos, y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. Con la siguiente interpretación: 0 – 7 = Normal; 8 – 13 Depresión Leve; 14 – 18 = Depresión Moderada; 19 – 22 = Depresión Severa, y ≥ 23 = Depresión Muy Severa. [36]

---

[35] Hamilton M. Rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23: pp 56 - 62.

[36] Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol 1967; 6, pp, 278 - 296.

5.6.6 CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI (SOCIEDAD ECUATORIANA DE ASESORAMIENTO Y PSICOTERAPIA INTEGRATIVA)

Se utiliza para establecer rasgos de personalidad en el Cuidador.

5.6.6.1 Descripción del Test:

Autor: Lucio Balarezo Chirinoga, 2010.

Definición: El Cuestionario de Personalidad SEAPSI toma como ejes básicos del comportamiento humano, la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales. Todas las personas poseen las cuatros áreas básicas de la personalidad y las diferencias individuales se marcarían por la expresión de los rasgos con una inclinación señalada hacia alguno de los componentes y déficits en otros. El test cuenta con un numero de 90 preguntas las mismas que están distribuidas de 10 en 10, dependiendo al grupo de características de predominio, ya sean afectiva (Histriónica, Ciclotímica): Cognitiva (Anancastica, Paranoide); Comportamental (Inestable, TPD) y Déficit Relacional (Esquizoide, Dependiente, Evitativa).[37].

Aplicación: Se aplica Individualmente.

Tiempo de Aplicación: Sin límite de tiempo.

Interpretación: Cuenta con un número de 90 preguntas las mismas que están distribuidas de 10 en 10, la persona entrevistada marca la frase con la que se siente identificada, posteriormente se suman las respuestas marcadas (cada respuesta vale 1 punto) por el paciente y el grupo de características de mayor predominio, será el tipo de personalidad resultante.

---

[37] Balarezo Chiriboga. L. (2010). *PSICOTERAPIA INTEGRATIVA FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD (*1era ed.)**.** Quito, Ecuador: UNIGRAF, pp, 37 – 45.

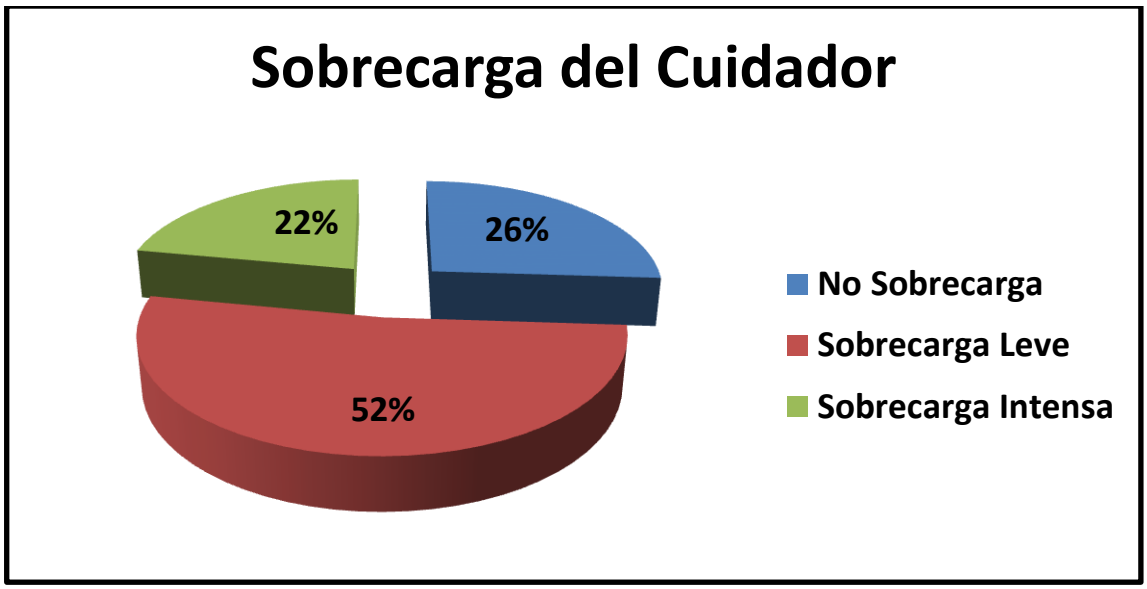
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

6.1 SOBRECARGA DEL CUIDADOR SEGÚN ESCALA DE ZARIT, HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO IESS – LOJA 2013.

Sobrecarga del Cuidador	Frecuencia	Porcentaje
No Sobrecarga	6	26
Sobrecarga Leve	12	52
Sobrecarga Intensa	5	22
Total	**23**	**100%**

FUENTE: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR – TEST DE ZARIT.
ELABORADO POR: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo.

GRÁFICO N° 1



Análisis e Interpretación

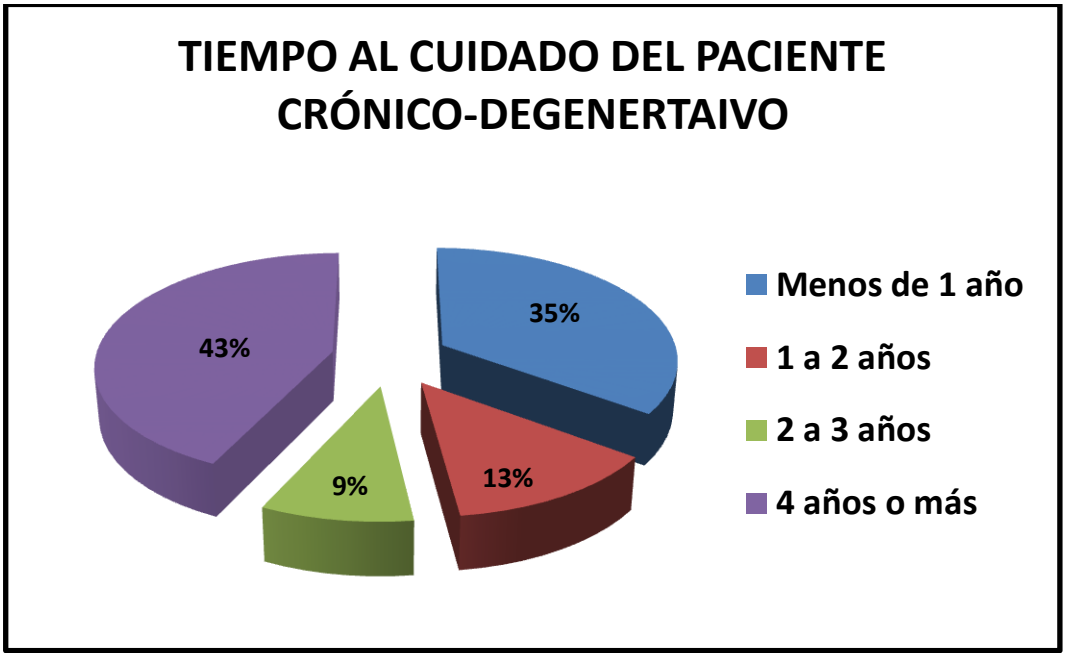
De acuerdo con la valoración, en la que se aplicó la Escala de Zarit para medir la presencia del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, se evidencia que: el 52% de los cuidadores principales presentan Sobrecarga Leve; el 26% no presenta Sobrecarga, y el 22% presenta Sobrecarga Intensa.

6.2 TIEMPO AL CUIDADO DEL PACIENTE CRÓNICO – DEGENERATIVO, HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO IESS – LOJA 2013.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	8	35
1 a 2 años	3	13
2 a 3 años	2	9
4 años o más	10	43
TOTAL	**23**	**100**

FUENTE: Datos de Filiación de la Historia Clínica.
ELABORADO POR: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo.

GRÁFICO N° 2



Análisis e Interpretación

En cuanto al tiempo que el Cuidador informal o Familiar se encuentra cuidando del paciente crónico – degenerativo se evidencia que: el 43% de los cuidadores atienden a su familiar hace más de 4 años, seguido del 35% hace menos de 1 año, el 13% los cuidan desde hace 1 a 2 años, y finalmente el 9% de 2 a 3 años.

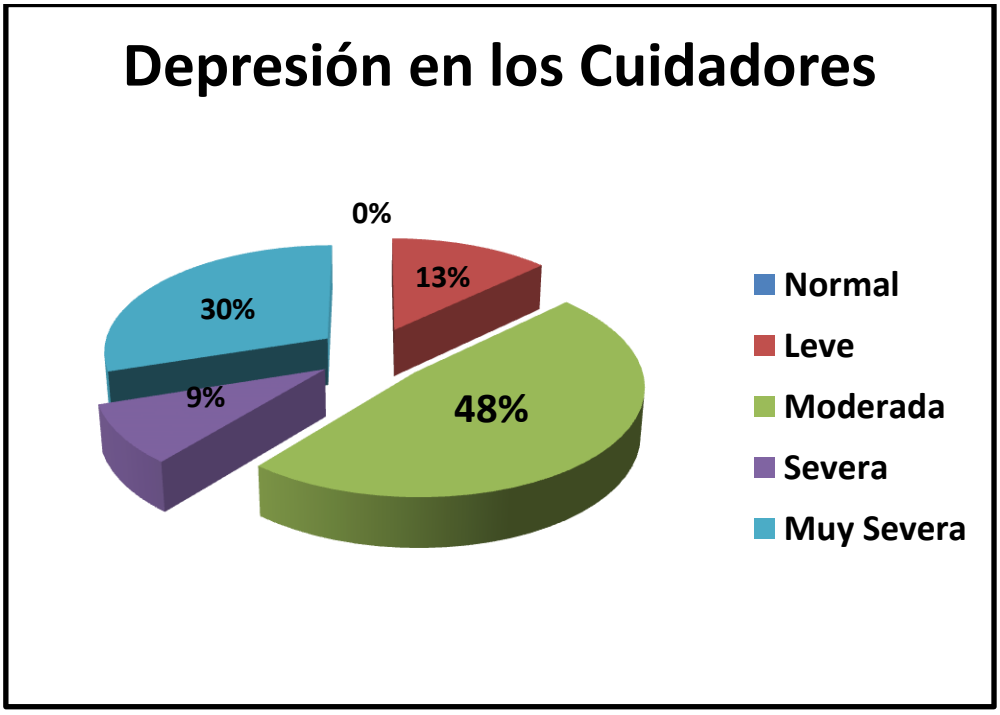
6.3 PRINCIPALES SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR, HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO IESS – LOJA 2013.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Normal	0	0
Leve	3	13
Moderada	11	48
Severa	2	9
Muy Severa	7	30
Total	**23**	**100%**

FUENTE: ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON (HAM-D).
ELABORADO POR: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo.

GRÁFICO N° 3



Análisis e Interpretación

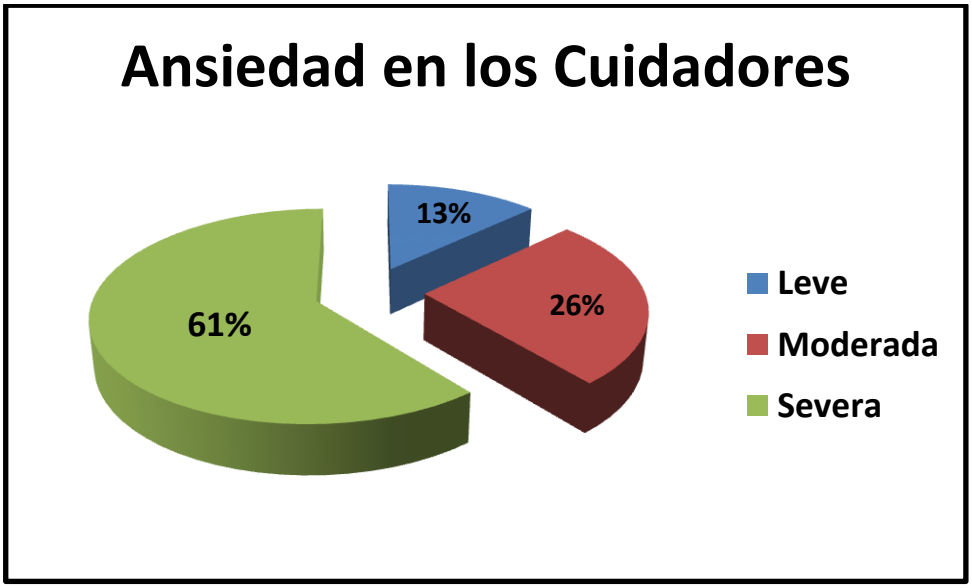
De acuerdo con la valoración, en la que se aplicó la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D), se evidencia que: el 48% de los cuidadores informales presentan Depresión Moderada, seguido del 30% con Depresión muy Severa, el 13% Depresión Leve, y finalmente un 9% con Depresión Severa.

TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Leve	3	13
Moderada	6	26
Severa	14	61
Total	**23**	**100%**

FUENTE: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HAM-A).
ELABORADO POR: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo.

GRÁFICO N° 4



Análisis e Interpretación

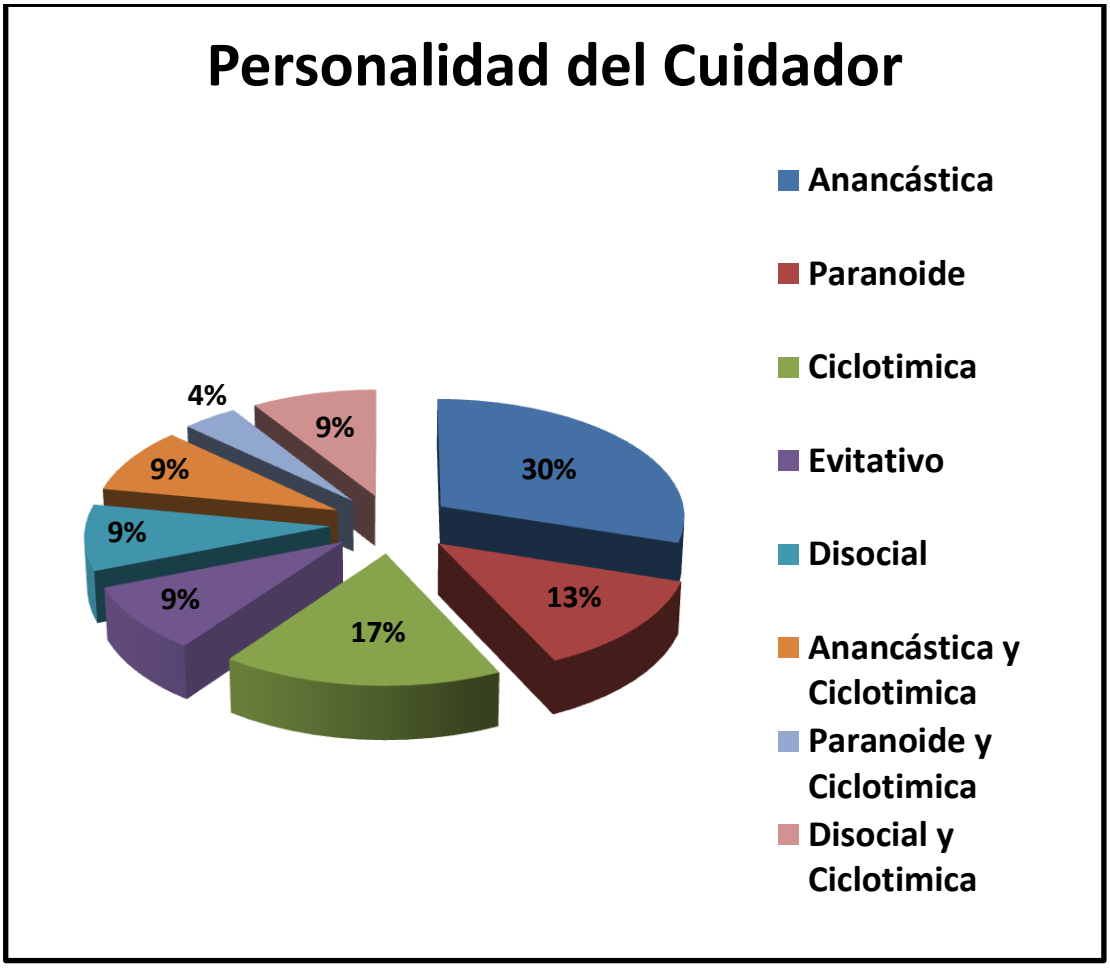
De acuerdo con la valoración, en la que se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), se evidencia que: el 61% de los cuidadores informales presentan Ansiedad Severa, seguido del 26% con Ansiedad Moderada, y finalmente el 13% con Ansiedad Leve.

6.4 CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI, HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO IESS – LOJA 2013.

Personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Anancástica	7	30
Paranoide	3	13
Ciclotímica	4	17
Evitativo	2	9
Disocial	2	9
Anancástica y Ciclotímica	2	9
Paranoide y Ciclotímica	1	4
Disocial y Ciclotímica	2	9
Total	**23**	**100%**

FUENTE: CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI.
ELABORADO POR: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo.

GRÁFICO N° 5



Análisis e Interpretación

De acuerdo con la valoración, en la que se aplicó el Cuestionario de Personalidad SEAPSI, se evidencia que: el 30% de los cuidadores informales presentan rasgos de personalidad Anancástica, seguida de un 17% rasgos de personalidad Ciclotímica, 13% rasgos de personalidad Paranoide, 9% rasgos de personalidad Evitativa, 9% rasgos de personalidad Disocial, 9% Disocial y Ciclotímica, 4% Paranoide y Ciclotímica, y finalmente un 2% rasgos de personalidad Anancástica y Ciclotímica.

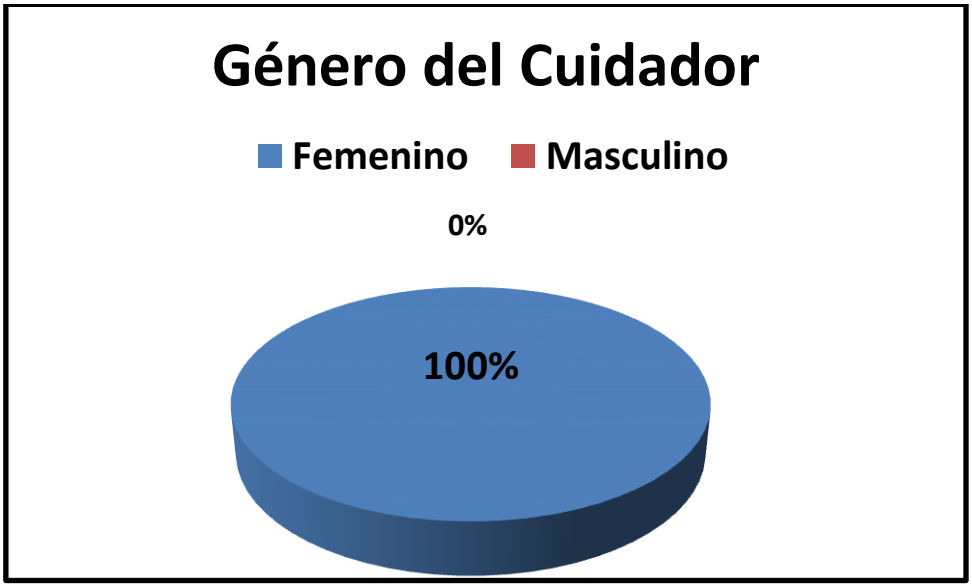
6.5 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL CUIDADOR, HOSPITAL MUNUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO IESS – LOJA 2013.

Género del Cuidador:

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	23	100
Masculino	0	0
Total	**23**	**100%**

FUENTE: Datos de Filiación de la Historia Clínica.
ELABORADO POR: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo.

GRÁFICO N° 6



Análisis e Interpretación

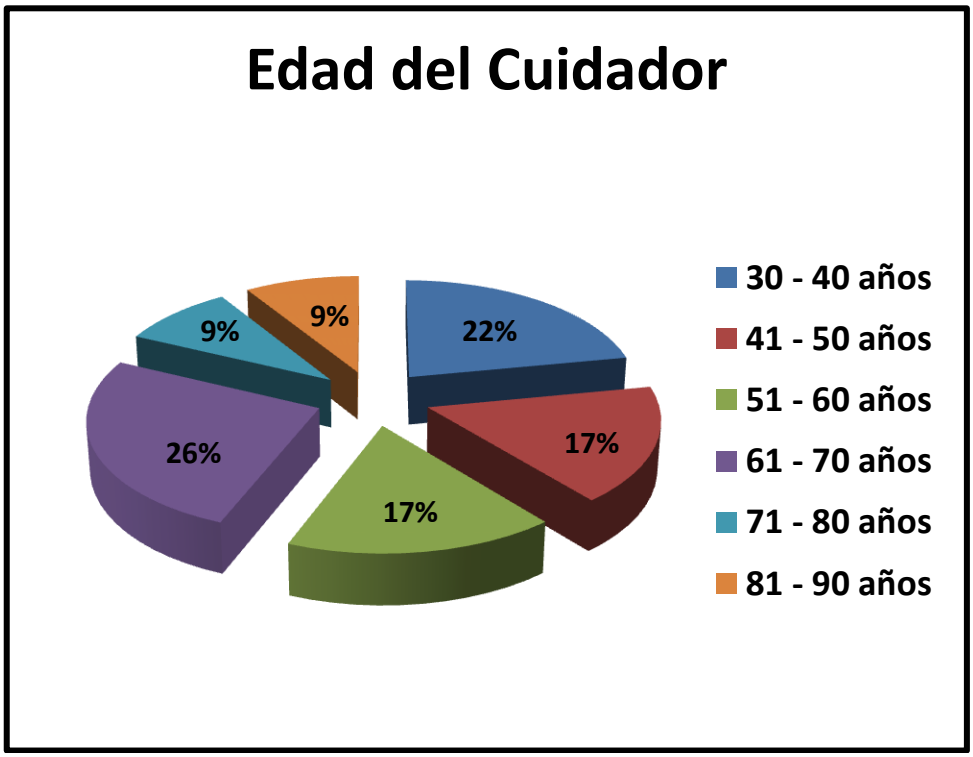
En lo que respecta a condición de género y tomando en cuenta los datos obtenidos, del 100% de la población estudiada, se evidencia que el 100% de los Cuidadores Informales pertenecen al sexo Femenino.

Edad del Cuidador:

Edad	Frecuencia	Porcentaje
30 - 40 años	5	22
41 - 50 años	4	17
51 - 60 años	4	17
61 - 70 años	6	26
71 - 80 años	2	9
81 - 91 años	2	9
Total	**23**	**100%**

FUENTE: Datos de Filiación de la Historia Clínica.
ELABORADO POR: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo.

GRÁFICO N° 7



Análisis e Interpretación

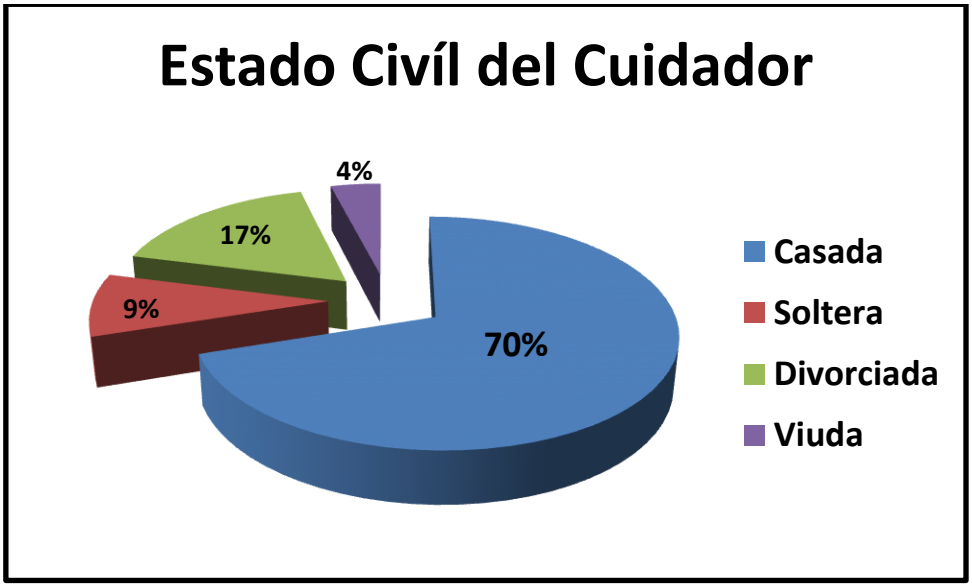
En cuanto a la edad de los Cuidadores Informales se evidencia que: el 26% corresponde a edades comprendidas entre 61 a 70 años, seguido del 22% en edades comprendidas entre 30 a 40 años, el 17% entre 51 a 60 años, el 17% entre 41 a 50 años, el 9% entre 71 a 80 años y finalmente un 9% que corresponde a cuidadores entre 81 a 90 años. Por lo tanto de la población estudiada, la edad que más predomina en este grupo de cuidadores informales se encuentra en un rango de 61 a 70 años de edad.

Estado Civil del Cuidador:

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	16	70
Soltera	2	9
Divorciada	4	17
Viuda	1	4
Total	**23**	**100%**

FUENTE: Datos de Filiación de la Historia Clínica.
ELABORADO POR: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo.

GRÁFICO N° 8



Análisis e Interpretación

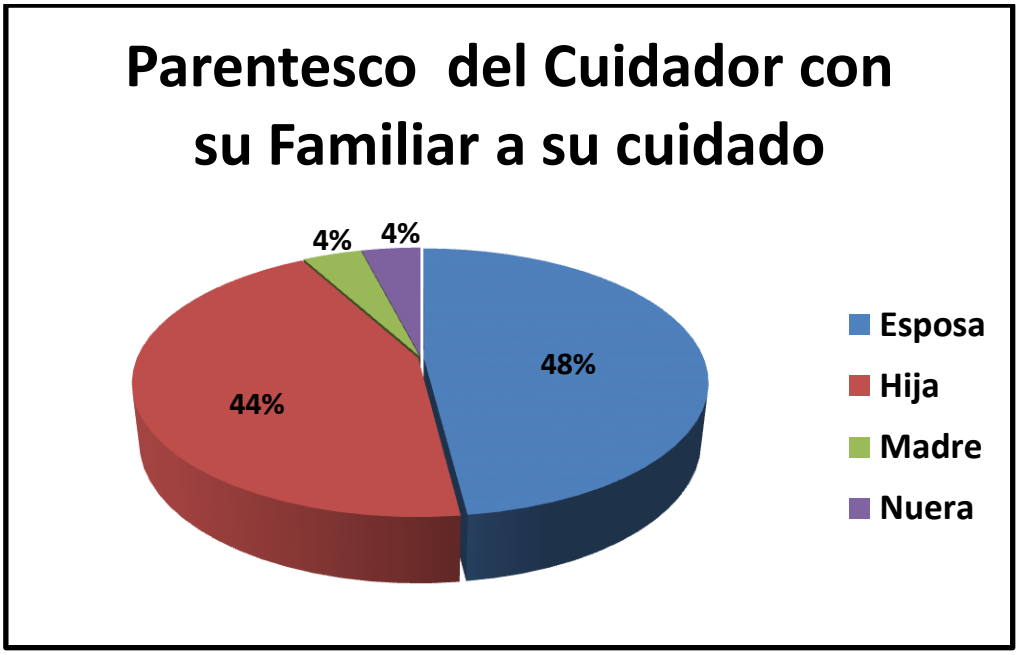
En cuanto al Estado civil de los Cuidadores Informales se evidencia que: el 70% son Casadas, seguido del 17% Divorciadas, el 9% Solteras y el 4% Viudas.

Parentesco del Cuidador con su familiar a su cuidado:

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Esposa	11	48
Hija	10	44
Madre	1	4
Nuera	1	4
Total	**23**	**100%**

FUENTE: Datos de Filiación de la Historia Clínica.
ELABORADO POR: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo.

GRÁFICO N° 9



Análisis e Interpretación

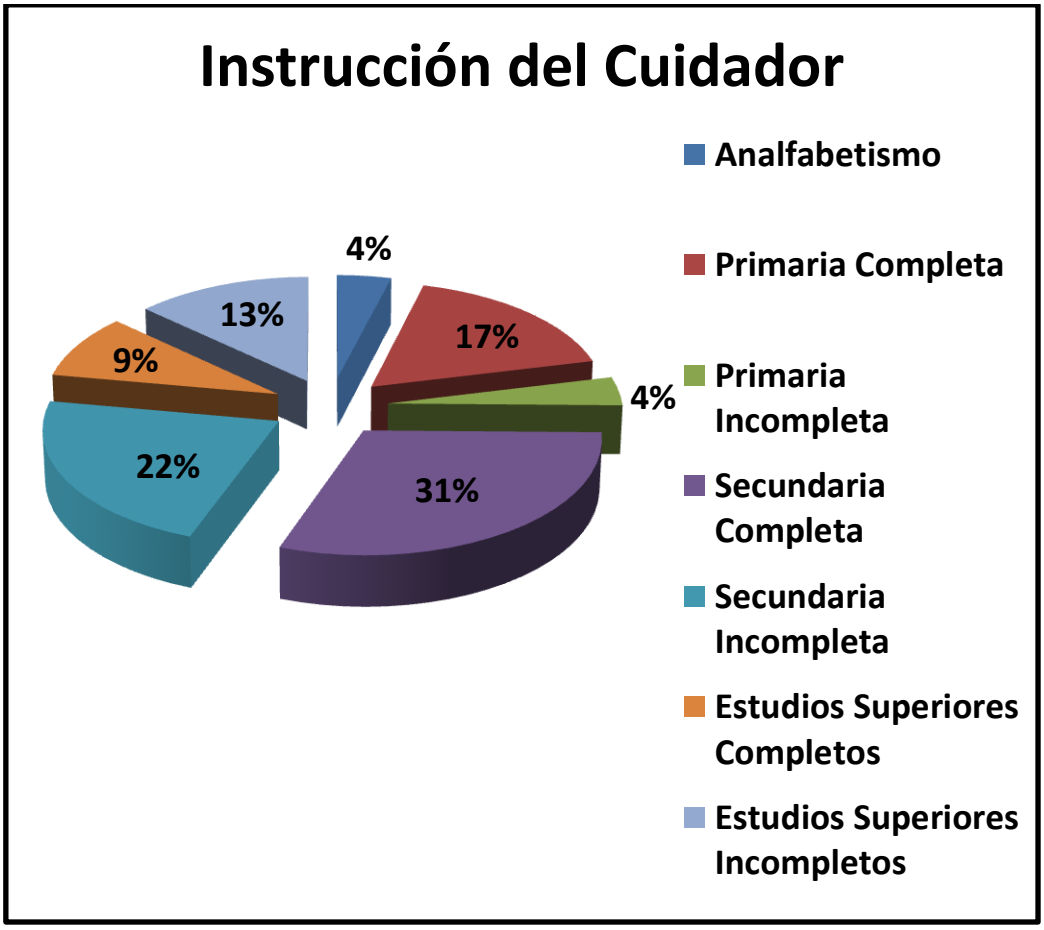
En cuanto al Parentesco del Cuidador con su familiar puesto a su cuidado se evidencia que: el 48% de las Cuidadoras son esposas del enfermo que está a su cuidado, seguido del 44% que son Hijas, el 4% Madres y finalmente un 4% Nueras.

Instrucción del Cuidador:

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabetismo	1	4
Primaria Completa	4	17
Primaria Incompleta	1	4
Secundaria Completa	7	30
Secundaria Incompleta	5	22
Estudios Superiores Completos	2	9
Estudios Superiores Incompletos	3	13
Total	**23**	**100**

FUENTE: Datos de Filiación de la Historia Clínica.
ELABORADO POR: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo.

GRÁFICO N° 10



Análisis e Interpretación

En cuanto al Nivel académico o Instrucción de los Cuidadores se evidencia que: el 31% tienen instrucción Secundaria Completa, seguido del 22% instrucción Secundaria Incompleta, el 17% instrucción Primaria Completa, el 13% instrucción Superior Incompleta, el 9% instrucción Superior Completa, el 4% instrucción Primaria Incompleta, y finalmente el 4% de los Cuidadores no tienen instrucción o estudios (Analfabetos).

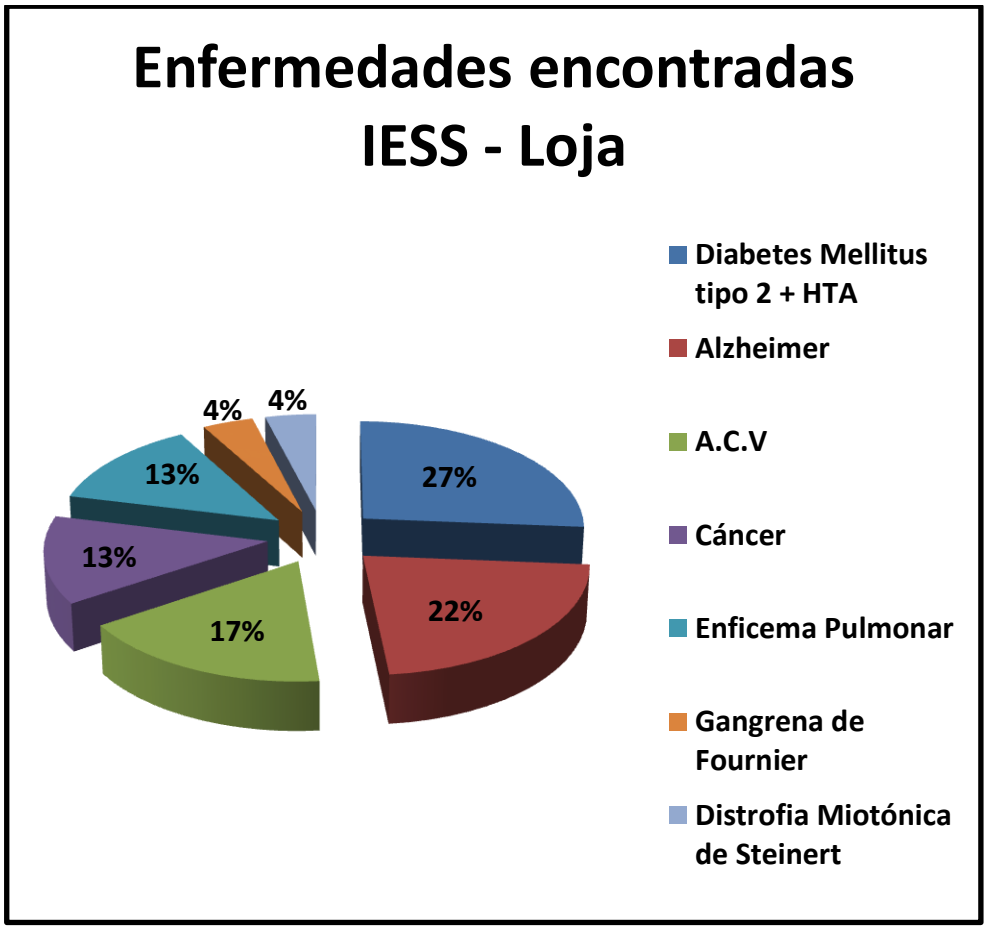
Análisis Final del Perfil Sociodemográfico del Cuidador: De acuerdo a los resultados obtenidos podemos decir que: El Cuidador es de género Femenino, de edades comprendidas entre 61 a 70 años de edad, de estado civil casada, es por lo general esposa del familiar que está a su cuidado, y tiene como instrucción Secundaria Completa.

6.6 ENFERMEDADES DE PACIENTES CRÓNICO – DEGENERATIVOS, QUE ESTÁN BAJO EL CUIDADO DE SU FAMILIAR, HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO IESS – LOJA 2013.

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus tipo 2 + HTA	6	26
Alzheimer	5	22
A.C.V	4	17
Cáncer	3	13
Enfisema Pulmonar	3	13
Gangrena de Fournier	1	4
Distrofia Miotónica de Steinert	1	4
Total	**23**	**100**

FUENTE: IESS – Loja..
ELABORADO POR: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo.

GRÁFICO N° 11



Análisis e Interpretación

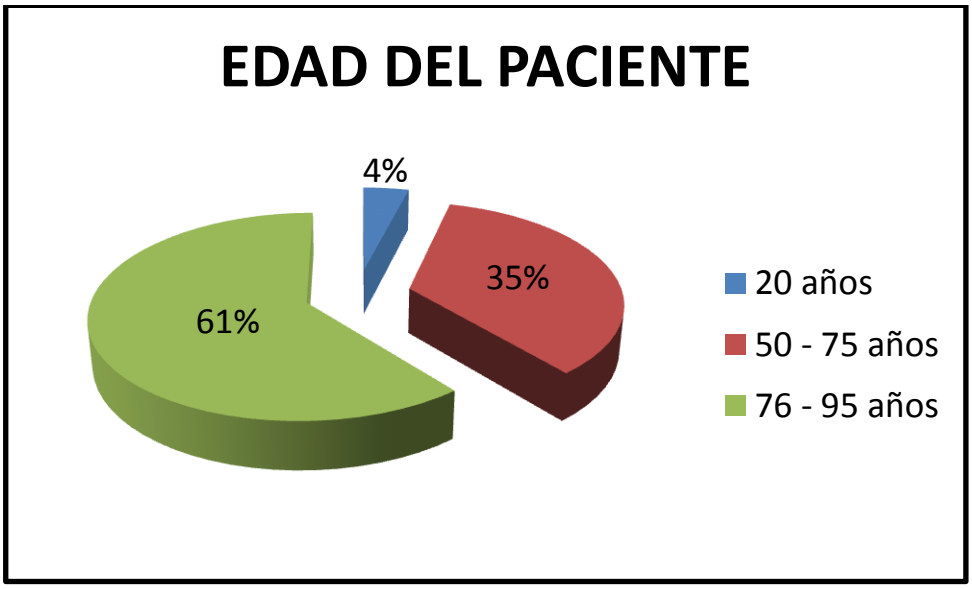
En cuanto a las enfermedades que podemos observar en el Paciente que está bajo el Cuidado Familiar se evidencia que: el 27% de los Pacientes padecen Diabetes Mellitus tipo 2 + HTA, el 22% Alzheimer, el 17% A.C.V, el 13% Cáncer, el 13% Enfisema Pulmonar, el 4% Gangrena de Fournier y Finalmente el 4% Distrofia Miotónica de Steinert.

Edad de los Pacientes que están bajo el Cuidado Informal.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 años	1	4
50 - 75 años	8	35
76 - 95 años	14	61
Total	**23**	**100**

FUENTE: Psicoanamnesis Familiar, Normal y Patológica de la Historia Clínica.
ELABORADO POR: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo

GRÁFICO N° 12



Análisis e Interpretación

En cuanto a la edad de los Pacientes que están bajo el Cuidado Informal se evidencia que: el 61% corresponde a pacientes de edades comprendidas entre 76 a 95 años, seguido del 35% que corresponde a edades entre 50 a 75 años y finalmente un 4% de los pacientes tienen 20 años de edad. Por lo tanto de la población estudiada la edad que más predomina en este grupo de Pacientes que están bajo el Cuidado Informal se encuentra en un rango de 76 a 95 años de edad.

7. DISCUSIÓN

A nivel internacional, las investigaciones consultadas que analizan las consecuencias de ser cuidador familiar sobre la salud psíquica, coinciden que estas personas tienen peor salud y bienestar psicológicos que las personas que no cuidan a un familiar con dependencia. García- Calvente (1999), en un estudio realizado en la Comunidad Andaluza en 1000 hogares con cuidadores informales, encontró que el 22% declaraban padecer algún problema de salud mental, con un predominio claro de trastornos de tipo emocional (depresión y ansiedad), que afectaban al 21% de la población. Crespo-López y López-Martínez (2007) encuentran el 56% de depresión y 42% de ansiedad en personas que realizan la labor de cuidador principal, niveles por encima de lo esperado en la población general. Así mismo según el Libro Blanco de Atención a las personas en Situación de Dependencia en España (2005), el 11 % de los cuidadores ha tenido que ir o van a la consulta del psicólogo o psiquiatra.[38]

En lo que tiene que ver al Perfil sociodemográfico del cuidador se citó algunos estudios, en los que destaca un estudio realizado en la Universidad de Salamanca, 2008, dando a conocer los siguientes resultados: En España se ha identificado que el 60% de los cuidadores principales son mujeres, aunque se han encontrado cifras mayores (75%) sobre todo en cuidadores de enfermos con demencia; aunque no existe mucha información sobre el estado civil de los

38 Manso Martínez, Mª Esperanza. (2012). *RELACIONES ENTRE PERSONALIDAD, GÉNERO Y SALUD EN CUIDADORAS-ES INFORMALES DE ZONA RURAL, DESDE UN MODELO BIOPSICOSOCIAL* (Disertación doctoral). FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, España, pp, 12 – 20.

cuidadores, el Instituto Nacional de Estadística estima que los casados son predominantes (54,7%), seguido de los solteros (35,5%) y los viudos (7,7%) y divorciados o separados, aunque en los últimos informes se ha encontrado que alrededor del 75% de los cuidadores estaban casados, siendo similar esta cifra en cuidadores de personas con demencia. Respecto a la edad de los cuidadores, en los diversos países europeos la edad media suele estar entre los 45 y 64 años; el nivel educativo de los cuidadores es en general bajo y no supera en un porcentaje elevado los estudios primarios. Así mismo El Instituto Nacional de Estadística y el IMSERSO han señalado que la edad media de las personas con dependencia debido a enfermedades crónico degenerativas es de 72 años, mientras que la de aquéllas que están recibiendo ayuda de cuidadores/as informales es de 80 años.[39]

En cuanto a nuestro país existe un solo trabajo investigativo (Karla Toledo, 2012) titulado "Análisis del Síndrome del Cuidador Primario en madres de niños y niñas de 0 a 2 años con Parálisis Cerebral de la Fundación Jonathan"; en la que se trabajó con 5 madres, se obtuvo como resultado que el 100% de los cuidadores presentan Síndrome de Sobrecarga del Cuidador. Así mismo se reconoce que tres de las cinco madres tienen una edad entre 20 y 30 años, y las otras dos tienen de 30 a 40 años de edad. Tres de ellas son casadas, una separada y una soltera. El nivel de educación de las cinco es básico, cuatro de ellas son amas de

39 Pérez Peñaranda, A. (2008). *DEPENDENCIA, CUIDADO INFORMAL Y FUNCIÓN FAMILIAR ANÁLISIS A TRAVÉS DEL MODELO SOCIOCULTURAL DE ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO* **(**1ª ed.).Salamanca. España: Trafotex Fotocomposición, S. L, pp, 21 – 34.

casa y no tienen actividad laboral, mientras que solo una ha logrado mantenerse activamente productiva por tiempo parcial. [40]

En comparación de estos estudios con el nuestro, hay resultados semejantes, y otros resultados hablan por sí solos: se determinó que el 74% de los familiares que cuidan a un enfermo crónico degenerativo presentan Síndrome de Sobrecarga del Cuidador; así mismo mediante la aplicación de la Escala de Hamilton para Ansiedad y Depresión respectivamente, se determinó: Depresión **(**leve 13%, moderada 48%, severa 9%; muy Severa 30%**)** y Ansiedad **(**leve 13%, moderada 26%, severa 61%**)**. Dichos cuidadores cuidan de su familiar crónico degenerativo hace más de 4 años con el 43%. El perfil Sociodemográfico del Cuidador es de género femenino con el 100%, en edades comprendidas entre 61 a 70 años de edad con el 26%, de estado civil casada con el 70%, por lo general es esposa del enfermo puesto a su cuidado con el 48%, y finalmente de instrucción Secundaria Completa con el 30%; y en cuanto a la Personalidad del Cuidador, presenta rasgos Anancásticos con el 30%. Así mismo las personas con enfermedades crónico degenerativas presentan como enfermedad más sobresaliente la Diabetes Mellitus Tipo 2 + HTA con el 26%, cuya edad de los pacientes va desde los 76 a los 95 años de edad con el 61%,

40 Toledo Enríquez, Karla Tamara. (2012). *ANÁLISIS DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR PRIMARIO EN MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL DE LA FUNDACION JONATHAN"* (Disertación previa a la obtención del Título de Psicóloga). CARRERA DE PSICOLOGIA, UNIVERSIDAD POLITECNICA SALECIANA SEDE QUITO. Ecuador. p, 160 – 161.

8. CONCLUSIONES:

1. Del 100% de los Cuidadores Informales o Familiares se determinó que la prevalencia del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso IESS-Loja, durante el periodo Abril- Noviembre del 2013, es del 74%. Los principales síntomas psicológicos asociados al Síndrome de Sobrecarga del Cuidador son: Ansiedad Severa con el 61%, y Depresión Moderada con el 48%, los cuales fueron corroborados en la aplicación de la historia clínica psicológica. La magnitud de cuidados y la afectación en la calidad de vida de los cuidadores aumenta, a medida que aumenta el nivel de dependencia de la persona puesta a su cuidado.

2. El perfil del Cuidador Informal o Familiar es de género femenino con el 100%, en edades comprendidas entre 61 a 70 años de edad con el 26%, de estado civil casada con el 70%, por lo general es esposa del enfermo puesto a su cuidado con el 48%, y finalmente de instrucción Secundaria Completa con el 30%.

3. Los Cuidadores Informales o Familiares presentan Rasgos de Personalidad Anancástica, con una prevalencia del 30%; los mismos que tienen como principales características ser ordenada, normada, concienzuda, perfeccionista, adherente. Por consiguiente los miembros del hogar que presentan estos rasgos de personalidad, son los que con

más frecuencia se hacen responsables, o son los encargados del cuidado de familiares con enfermedades crónico – degenerativas.

4. La mayoría de los Cuidadores tienen a su cuidado pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 + HTA con el 26%, cuya edad de los pacientes va desde los 76 a los 95 años de edad con el 61%; dichos cuidadores se encuentran cuidando de su familiar crónico degenerativo hace más de 4 años con el 43%. Datos corroborados en la Historia clínica Psicológica.

5. Como conclusión final se demuestra que en nuestra sociedad todavía se mantiene una mentalidad retrógrada en la que mujer es la que cuida la casa y es la encargada de todas las obligaciones, los datos hablan por sí solos, el 100% de los cuidadores entrevistados son mujeres quienes tienen que dejar todo de lado, renunciar a su trabajo, a sus amistades y pasatiempos para cuidar a su familiar, convirtiéndose la Mujer en la verdadera protagonista de este acontecimiento y suceso de vida; echo desconocido por el Sistema de Salud ya que la atención se focaliza únicamente en el enfermo crónico-degenerativo, descuidando de esta manera al familiar que provee cuidado y atenciones, lo cual resulta de vital importancia en el proceso de recuperación y mantenimiento en cuanto a la salud del paciente, ya que a mejor salud física y mental del Cuidador, mejores serán los cuidados que puede proveer al paciente enfermo.

9. RECOMENDACIONES

ESTÁN ENCAMINADAS PARA LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO IEES- LOJA.

1. Incremento de recursos en el ámbito de Salud Mental, dentro del Grupo de Salud Comunitaria de esta institución, con el objetivo de realizar actividades de promoción, prevención e intervención individual, grupal y familiar, con la finalidad de mejor la salud mental del Cuidador, y de los pacientes crónico - degenerativos.

2. Crear los espacios físicos necesarios para la intervención tanto grupal como individual, permitiendo un mejor abordaje psicoterapéutico.

3. Poner en práctica los profesionales de Psicología Clínica que se encuentren rotando en la Unidad de Medicina Familiar, la ejecución del Plan Psicoterapéutico que se proporcionara a esta Área. La aplicación del Plan de Intervención psicoterapéutica propuesto, ofrece estrategias de tratamiento cognitivo conductual, encaminado al mejoramiento de sintomatología ansiosa y depresiva en los cuidadores.

A nivel Gubernamental

4. Mediante el Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública es imprescindible que se dé la importancia necesaria al tratamiento del Síndrome de Sobrecarga del cuidador, ya que en la mayoría de casos pasa desapercibido para la sociedad en general.

5. Promover la creación de grupos de apoyo en las unidades de Salud de nuestro país, las mismas que estén encaminadas de forma global al mejoramiento de la calidad de vida del cuidador informal con Síndrome de Sobrecarga.

6. Promocionar e informar sobre la existencia del Síndrome de Sobrecarga del cuidador a la comunidad en general, concientizando así a la familia que tiene a su cuidado un enfermo crónico - degenerativo de las graves consecuencias que trae consigo éste Síndrome.

10. PLANIFICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA DIRIGIDA A CUIDADORES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO - DEGENERATIVAS, ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO IESS – LOJA, BASADO EN EL ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL.

La terapia cognitiva- conductual es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología, el cual nos dice que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y Ellis, 1976). [41]

La terapia cognitiva – conductual es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La finalidad es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

Es así como mediante éstas técnicas empleadas en el modelo Cognitivo Conductual, se pretende dar pautas al paciente con síndrome del cuidador, poniendo énfasis en el entrenamiento en habilidades que le permitan hacer frente a los problemas que conlleva el cuidado del paciente crónico-degenerativo.

---

[41] Caballo V.E. (2007) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.* Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madrid, España. Ed. Siglo XXI

Para la elaboración del plan de intervención Psicoterapéutica desde el modelo Cognitivo - Conductual se seguirán los siguientes fases:

1. Encuadre
2. Evaluación y Diagnóstico
3. Planificación de sesiones
4. Seguimiento
5. Prevención en recaídas

FASE 1: ENCUADRE

En el encuadre básicamente el terapeuta hace un convenio con el paciente, en cuanto al tipo de terapia, la duración de la misma, así como también los límites terapeuta - paciente, los logros que se pretende alcanzar, el sentido de la confidencialidad, además de establecerse los objetivos de las terapias y compromisos por parte del terapeuta como del paciente.[42]

En las primeras sesiones se trabaja en el rapport que viene a ser un elemento fundamental en ésta relación, es decir crear y estimular el ambiente propicio para llevar a cabo el proceso terapéutico.

"Se debe garantizar una relación con el paciente dentro de los marcos de confiabilidad, dar muestras de honestidad y que el paciente así lo sienta; tratarlo

[42] Caballo V.E. (2007) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.* Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madrid, España. Ed. Siglo XXI.

como un ser humano al cual debe respetarse, dándole la importancia debida a los hechos que este nos confiere“ [43]

FASE 2: EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Indudablemente desde la primera entrevista se debe dar una aproximación diagnostica. La cual se realiza a través de una búsqueda selectiva que exija un trabajo analítico - sintético del terapeuta, que atienda a los síntomas principales, a la estructura del grupo familiar, a las formas adaptativas del sujeto en una visión evolutiva, y a los aspectos interacciónales de la entrevista. (Balarezo y Mancheno 2003).

Es por ello, que luego de la observación clínica, se realizara la aplicación de la Historia Clínica Psicología. La recolección de la información debe conducirse de tal manera que cumpla con los objetivos planteados en esta investigación.

En la siguiente sesión se debe procurar la culminación de la historia clínica psicológica. La aplicación de los respectivos reactivos psicológicos se dará en el espacio de tiempo que el terapeuta considere necesario, con la finalidad de evitar el agotamiento del paciente.

Dentro de los reactivos que nos ayudaran a determinar un diagnóstico definitivo del Síndrome del Cuidador, tenemos: Escala de sobrecarga del cuidador – Test

[43] Balarezo Ch, L. (2007). *Psicoterapia.* Quito-Ecuador. Centro de Publicaciones de la Pontifica Universidad Católica del Ecuador.pp, 21 – 23.

de Zarit, Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de Depresión de Hamilton, además de los reactivos que el profesional considere necesario, logrando de esta manera establecer un proceso terapéutico de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

FASE 3: PLANIFICACIÓN DE SESIONES

La planificación resulta imprescindible para evitar las improvisaciones y aplicaciones subjetivas e intuitivas. Este periodo se cumple sin la presencia del paciente, requiriendo un trabajo analítico – sintético forzado a fin de sujetar el proceso al principio de casualidad, en términos generales se intenta llegar a la compresión patológica del cuadro en función de las causas desencadenantes y a la estructura de la personalidad premórbida del paciente, estableciendo nexos históricos que expliquen con suficiente claridad la patogenia del caso. Además se buscan las condiciones o características personales, ambientales y sociales que actuaran como facilitadores u obstaculizantes de la terapia.

El formato en el que se dará la siguiente planificación psicoterapéutica es en un total de 10 a 15 sesiones por un periodo de 3 meses, una sesión por semana con una duración aproximada de 40 a 60 minutos, según lo requiera el caso.

Señalamiento de técnicas:

Durante el tratamiento, se emplearán las técnicas más propicias para desaparecer las quejas y alcanzar las demandas, es decir, se deberán elegir aquellas que faciliten la erradicación de aquellos comportamientos inadecuados; y también aquellas que retroalimenten las conductas establecidas como metas a conseguir.[44]

Para ello, es necesario identificar aquellas a tratar y el orden en el que se efectuará la intervención de las mismas, las técnicas se fundamentan en los objetivos que se persigue en el tratamiento y en las condiciones del paciente; las técnicas cognitivo – conductuales recomendadas para el tratamiento psicológico de los Cuidadores de pacientes crónico – degenerativos son:

1. **Psicoeducación**

Es un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno.

La psicoeducación consiste en la explicación en forma breve del modelo teórico de trabajo, dándole al paciente información sobre sus problemas y padecimientos. Esto resulta muy importante y útil en muchas ocasiones, podemos decir que el principal efecto que tiene este tipo de trabajo es el aumento de la adherencia al tratamiento, factor crucial para el éxito terapéutico. La psicoeducación o la educación respecto del trastorno o enfermedad no sólo es importante por sus efectos clínicos, sino que es una obligación ética con el paciente, nosotros no

[44] Miracco, M., Vetere, G., Zarankin, A., & Vallejos, M. (Abril 2008) Revista Argentina de Clínica Psicológica XVII, Fundación AIGLE. Centro Privado de Psicoterapias. pp, 57 – 64.

somos los dueños de la verdad, las personas tienen derecho a saber lo que les pasa, no debemos ponernos en una actitud paternalista, esto tampoco implica dar cualquier tipo de diagnóstico a cualquier paciente. La correcta utilización de la psicoeducación es un tópico necesario en muchas situaciones y para ello es importante que el clínico tenga un profundo conocimiento del cuadro que está tratando, como también conocer las bases teóricas del tratamiento psicológico y sepa explicarlo en forma sencilla y clara. También es importante tener un modelo simple que permita ser transmitido al paciente, porque si se le dan explicaciones ambiguas, oscuras o abstrusas probablemente se logre el efecto contrario al buscado.[45]

2. La respiración diafragmática o abdominal.

La forma en que respiramos afecta nuestra manera de pensar, de sentir y de comportarnos, y también los pensamientos, sentimientos y conductas afectan nuestra forma de respirar. Siendo la respiración una función mecánica inconsciente, única función autonómica que puede controlarse fácilmente a voluntad.

Cuando de todos los músculos involucrados en el acto de respirar, el que trabaja mayormente es el diafragma respiratorio, se habla de *respiración DIAFRAGMÁTICA* O *RESPIRACIÓN ABDOMINAL*.

[45] Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica:* Informe sobre los malos tratos a mujeres en España, Barcelona. Fundación La Caixa. pp. 116 – 118.

La respiración diafragmática lleva gran cantidad de aire a la zona baja de los pulmones, que es la que tiene más capacidad, por ello garantiza una mejor ventilación, captación de oxígeno y limpieza de los pulmones con la exhalación.

Es muy importante no forzar. Es verdad que para trabajar la respiración diafragmática se va a dirigir el movimiento del diafragma, pero haciéndolo lentamente. No se trata de llenar los pulmones como un globo (esto produce estrés), ni "aguantar la respiración", no se trata de competir con nosotros mismos. La respiración adecuada produce placer, cuando estamos aprendiendo a realizar la respiración diafragmática es útil acostarse boca arriba cómodamente, y más adelante practicarla sentados, de pie, caminando; con la práctica se podrá incorporar a la vida cotidiana del paciente.

Para empezar, el paciente tiene que poner sus manos en el abdomen y a continuación se le dará las siguientes instrucciones.

1. Antes de empezar el paciente debe expulsar a fondo el aire de tus pulmones varias veces, puede hacer algunos suspiros o exhalar por la boca. El objetivo es vaciar bien los pulmones de aire residual, lo cual automáticamente provocará la necesidad de inspirar más profundamente.
2. Una vez provocado este impulso de respiración profunda, inicia la respiración diafragmática dirigiendo el aire al inspirar "hacia el abdomen" como si quisiera empujar hacia arriba las manos que están sobre él.
3. Retener unos instantes el aire en los pulmones, brevemente, sin que haya presión.

4. Cuando sienta la necesidad de expulsar el aire, debe hacerlo relajando el vientre (este se “desinflará” y las manos bajarán con él).
5. Quédese un instante con los pulmones vacíos, sintiendo cómo se va relajando, y en cuanto sientas nuevamente el impulso de inspirar, hágalo profunda y lentamente volviendo a llenar sus pulmones mientras su abdomen sube.

Se debe recalcar al paciente no forzarse, y así alcanzar la relajación profunda que da la correcta respiración diafragmática.

3. Técnica de Visualización

La Visualización es la generación de una imagen mental o una imagen real de algo abstracto o invisible, para ésta técnica el paciente debe estar en un lugar cómodo y seguro en lo posible recostado. Las instrucciones que debe dar el terapeuta son:

Visualización de un paisaje:

Primero, se va a imaginar un paisaje, un sitio que le produzca una sensación agradable, un lugar en el que a usted te gustaría estar. Después se pondrá en una posición cómoda y se va a ir relajando. Cuando este relajado, visualizará ese lugar que tanto le gusta. Y cuando lo tenga visualizado, juntará su dedo índice y pulgar, para unir las sensaciones agradables que le produce este paisaje a la sensación de relajación y de tranquilidad que está sintiendo. Estas sensaciones

quedarán selladas con este gesto. En el futuro, cuando se sientas nervioso o intranquilo, juntará su dedo índice y pulgar y le llegarán todas estas sensaciones de paz y tranquilidad.

Ahora empezamos con la relajación.

Elija un lugar tranquilo, sin gente, y póngase en una posición cómoda, preferentemente recostada. Cuando lo haya hecho, va a comenzar concentrándose en su respiración.

Su respiración debe ser lenta y profunda, inspirando con fuerza, y expirando suavemente, profundamente respire hondo y profundo, lentamente.
A medida que va respirando, a media que va expulsando el aire, todas las tensiones van a ir desapareciendo. Van a desaparecer las tensiones musculares y va a ir expulsando también todas las preocupaciones y tensiones.

Respire lentamente, profundamente. A medida que va respirando lenta y profundamente, va a ir concentrando toda su atención en su mano derecha. Su mano derecha debe estar a un lado de su cuerpo, y se va a ir volviendo cada vez más y más pesada. Una sensación de pesadez va a ir invadiendo su mano derecha, se vuelve cada vez más y más pesada, pesada, muy pesada.

Concentre toda tu atención en esa sensación de pesadez en su mano derecha. Esa pesadez se va a ir extendiendo poco a poco por su brazo derecho. Su brazo

derecho se vuelve cada vez más y más pesado, pesado, muy pesado. La pesadez se va extendiendo ahora por su hombro, y todo su brazo se va volviendo cada vez más y más pesado.

A medida que su brazo y su hombro derecho se van volviendo cada vez más y más pesados, va a ir concentrando toda su atención en su mano izquierda. Su mano izquierda se va volviendo también cada vez más y más pesada, pesada, pesada.

Ahora toda la pesadez se va extendiendo por su brazo izquierdo, por su hombro, sus brazos se van relajando, aflojando, y se van volviendo pesados, muy pesados. su respiración sigue siendo lenta y profunda, lenta y profunda. Ahora va a ir concentrando toda su atención en sus hombros y en su cuello. Sus músculos se van a ir aflojando y relajando cada vez más, se van volviendo pesados, y se van soltando todas las tensiones. A medida que concentre su atención en los músculos de su cuello, de sus hombros, éstos se van relajando y aflojando cada vez más y más, se van volviendo pesados, y se van relajando cada vez más y más.

Todas las tensiones van desapareciendo de su cuerpo, y los músculos de su cuello y hombros se van relajando y aflojando. A medida que respira, a medida que expulsa el aire todas las tensiones y preocupaciones, desaparecen, y va concentrando toda la atención en esa sensación de pesadez agradable, en sus hombros, en su cuello.

Ahora se van a ir relajando los músculos de su cara, se van a ir volviendo pesados, y se van aflojando y relajando. Todas las tensiones desaparecen de su cara, sus músculos se aflojan y relajan.

A medida que todos los músculos de su cara se van aflojando y relajando va a ir concentrando tu atención en las piernas. Las piernas se van a ir volviendo pesadas, cada vez más y más pesadas. Una sensación de pesadez agradable, se va a ir extendiendo por sus piernas, se van volviendo cada vez más y más pesadas.

Su respiración sigue siendo lenta y profunda. Todo su cuerpo se va volviendo cada vez más pesado, y se va relajando cada vez más y más, y a medida que expulsa el aire todas las tensiones van desapareciendo de tu cuerpo. Todas las preocupaciones van desapareciendo de su mente.

Ahora tú pelvis, tu tronco y el resto de su cuerpo se va a ir volviendo pesado. Su espalda se va pegando a la cama, se va aflojando y relajando cada vez más y más.

Todo su cuerpo se va volviendo pesado. Una sensación de pesadez agradable, se va a ir haciendo cada vez más y más presente. Respira lenta y profundamente, lenta y profundamente.

Mientras su corazón late suavemente, suavemente. Ahora vas a concentrar su atención en su vientre y va a ir sintiendo una sensación de calor agradable. Una sensación cálida se va a ir extendiendo por todo su vientre, una sensación de tranquilidad y calor agradable. Concentra su atención en esa sensación de calor agradable en su vientre. Al principio no es fácil sentirlo, pero poco a poco va a ir pudiendo sentir esa sensación cálida, en su vientre. A medida que esa sensación cálida se va a ir extendiendo por su vientre, va a ir respirando lenta y

profundamente, y su atención la va a centrar en su frente. Va a sentir una sensación de frescor agradable, como si una brisa soplara por su frente, y elimina todas las preocupaciones.

Una sensación de frescor agradable en su frente, como si te soplara una brisa fresca y agradable.

Ahora, en este estado de relajación, en este estado de paz y tranquilidad, va a imaginarte delante de tus ojos una pantalla en blanco. En ella va a ir viendo, poco a poco, ese lugar maravilloso, ese lugar que le produce una sensación de tranquilidad, de bienestar.

Cada vez va viendo con más claridad ese lugar maravilloso en el que le gustaría estar. Ya lo ve con claridad, se sientes tranquilo, relajado, una sensación de paz y bienestar recorre por su cuerpo y mente. Ahora que ve ese paisaje maravilloso con claridad, juntará su dedo índice y pulgar, para unir las sensaciones agradables que le produce este paisaje, a la sensación de relajación y de tranquilidad que está sintiendo. Estas sensaciones quedarán selladas con este gesto.

En el futuro, cuando se sientas nervioso, intranquilo, juntará su dedo índice y pulgar y le invadirán todas estas sensaciones agradables.

Ahora todo su cuerpo está tranquilo y relajado, con una sensación de paz y bienestar, con una sensación de paz y bienestar.

Si quiere quedarte en este estado de relajación unos minutos más puedes hacerlo, pero si su deseo es realizar otras cosas, respira profundamente, con mucha más fuerza que antes (inspirar y expirar 2 veces). Respirando así toda la energía va a ir volviendo a tu cuerpo, tus músculos van a ir recuperando un tono normal, y una sensación de bienestar y energía se va a extender por todo su cuerpo. Veya moviendo suavemente los hombros, los brazos, las piernas, poco a poco se van a ir tonificando sus músculos, de modo que se vas a sentir con tranquilidad y paz, pero con energía.

Respira profundamente (inspirar y expirar). Levantase poco a poco, primero siéntase, este un rato sentado y luego puede realizar la actividad que desee.

4. **Restructuración cognitiva.**

Es el proceso de identificar y evaluar las propias cogniciones, reconociendo los efectos perniciosos de las cogniciones desadaptativas, y su remplazo por otras más apropiadas.

La Reestructuración Cognitiva es utilizada principalmente para identificar y corregir los patrones de pensamiento negativo. La técnica consiste en la discusión de los pensamientos automáticos negativos que se producen en situaciones que provocan ansiedad o cualquier otro tipo de perturbación emocional (por ejemplo, “Creen que soy aburrido”) y su sustitución por creencias o pensamientos más racionales (como “No puedo leer la mente de otras personas, probablemente

están cansados ahora”). A medida que los pensamientos son enfrentados y puestos en duda, su capacidad para provocar estrés o ansiedad se debilita.

Un diario de autoregistro, puede facilitar en gran medida la reestructuración cognitiva, el paciente deberá registrar cualquier situación que provocase una autoconsciencia positiva o negativa, se utiliza un formato de diario, en el que el paciente registra creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas. Se le enseña al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones en el procesamiento de la información.

Después de que el paciente elige un conjunto de afirmaciones cognitivas y seguras, se utiliza el moldeamiento cognitivo; el paciente imagina la situación estresante, experimenta las afirmaciones contraproducentes iniciales, se para, y sustituye la afirmación contraproducente por una afirmación de superación.

Se puede utilizar:

Entrenamiento en solución de problemas adaptado:

El entrenamiento en solución de problemas adaptado (ESP), se aplica a preocupaciones sobre problemas que se basan en la realidad, ya sea en problemas modificables o no modificables, en ambos casos el tratamiento implica dos componentes fundamentales:

La orientación hacia problemas: Por parte del paciente que incluye sus reacciones cognitivas, afectivas y conductuales ante el mismo. El terapeuta tiene que subrayar la importancia de reconocer las reacciones contraproducentes a los problemas y corregirlas utilizando técnicas de reestructuración cognitiva.

Habilidades de solución de problemas: Implica 4 pasos, 1) Definir el problema, 2) generar soluciones alternativas 3) Toma de decisiones 4) Llevarla a la práctica y evaluar la solución.

1. En el primer caso se trata de identificar el pensamiento irracional mediante un autoregistro, que puede facilitar en gran medida la reestructuración cognitiva, el paciente deberá registrar cualquier situación que provocase una autoconsciencia positiva o negativa, se utiliza un formato de diario, en el que el paciente registra creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas. Se le enseña al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones en el procesamiento de la información.

La piedra angular en esta Terapia Cognitivo Conductual es la detección y cambio de los pensamientos automáticos, se debe enseñar al paciente a aprender a encontrarlos para poder cambiarlos.

Después de que el paciente elige un conjunto de afirmaciones cognitivas y seguras, se utiliza el moldeamiento cognitivo; el paciente imagina la situación estresante, experimenta las afirmaciones contraproducentes iniciales, se para, y sustituye la afirmación contraproducente por una afirmación de superación.

PENSAMIENTO **-** CONDUCTA **-** EMOCIÓN

2. En el segundo caso se pretende que el individuo identifique y defina el problema para poder elaborar soluciones alternativas y de esta manera explorare posibles soluciones y tome las decisiones más acertadas. Descomponer el problema en sus componentes elementales puede ayudar a hacer el problema más sencillo.

Se le pide al paciente que realice un listado identificando el problema, definición y formulación del problema: describir de forma detallada el problema, generación de alternativas de posibles soluciones de afrontamiento; Toma de decisiones: seleccionar las estrategias más prometedoras; Verificación: ver las consecuencias, si no obtiene la respuesta deseada seleccionar otra alternativa.

5. Asertividad

El objetivo de esta técnica es hacer que el paciente exprese sus sentimientos, deseos, opiniones o derechos, de un modo adecuado a la situación respetando los derechos de los demás. Específicamente se le entrenará al cuidador en el desarrollo de habilidades de comunicación asertivas, con la finalidad de que este pueda solicitar ayuda en el cuidado del paciente crónico - degenerativo a otros miembros de la familia.

Pedir ayuda

Cuando se cuida a otra persona es necesario en muchas ocasiones pedir ayuda a los demás para poder atender otras necesidades familiares o propias (por ejemplo, tener tiempo para descansar). Algunas personas evitan hacer peticiones a los demás y cuando lo hacen parecen disculparse o esperan ser rechazadas. Por el contrario, hay personas que pueden comportarse de modo exigente, coercitivo y hostil al hacer una petición.

Hacer peticiones incluye pedir favores, pedir ayuda y pedir a otra persona que cambie su comportamiento.

Cómo pedir ayuda:

1. Decir clara y directamente qué ayuda se necesita. No esperar que los demás descubran o adivinen cuáles son sus necesidades.
2. No facilitar el rechazo.
3. No hay que exigir.
4. Si la respuesta es afirmativa, expresar agradecimiento.
5. Si la respuesta es negativa, no insistir. Hay que reconocer el derecho de la otra persona a rechazar la petición.
6. Tratar de encontrar alternativas.

6. Programación de actividades

Es una de las estrategias más importantes, el terapeuta y el paciente van programando las actividades diarias que realizará el paciente usando una jerarquía de tareas según la dificultad percibida por este, sirve para poner a prueba la creencia de que el paciente no puede hacer nada. El objetivo es que el cuidador aprenda a organizar su tiempo, e implantar actividades placenteras y de ocio.

La satisfacción asociada a actividades concretas va sensibilizando al paciente hacia el sentimiento de bienestar. Para lo cual se sigue el siguiente procedimiento:

Cómo organizar el tiempo

a. Preguntarse “¿Es necesario hacer esto?”. De esta forma se puede decidir qué actividades son importantes y, por el contrario, a qué actividades se puede decir “no”.

b. Marcarse objetivos realistas antes de comprometerse.

c. Contar con la familia. Consultarles, pedir su opinión, ver en qué pueden ayudarnos e incluir esta ayuda en nuestro plan de vida.

d. Hacer partícipe a la persona que se cuida de los cambios y decisiones.

e. Elaborar un plan de actividades.

Cómo hacer un plan de actividades

1. Hacer una lista de todas las tareas que se deben realizar.

2. Ordenar las actividades según la importancia para cada persona, empezando por las más importantes.

3. Anotar para cada tarea el tiempo aproximado que necesita dedicarle.

4. Hacer otra lista con las actividades que le gustaría realizar.

5. Ordenar estas últimas según su importancia para ella.

6. Anotar para cada actividad el tiempo aproximado que necesita para realizarla.

7. Hacer una única lista con las tareas que deben realizar y las que le gustaría realizar, siguiendo un orden de importancia.

8. Si no hay tiempo para todas las tareas y actividades que ha anotado, posponer para otro momento las que están en los últimos lugares de la lista y cuando se disponga de tiempo extra, hacerlas.

Así mismo se puede utilizar otra técnica como: ESCALA DE DOMINIO/PLACER

El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (ej. utilizando escalas de 0 - 5). Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer, también es utilizada tanto para la modificación de creencias erróneas como para la programación de conductas gratificantes.

PLAN DE ACCIÓN:

TÉCNICA	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	# SESIONES	TIEMPO min
SESIÓN1: **ESTABLECER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.**	• Establecer rapport para generar un ambiente de confianza. • Exponer propuestas metodológicas y pautas de funcionamiento terapéutico.	• Presentación del terapeuta • Fijar limites • Explicación de objetivos terapéuticos, metodología y funcionamiento • Establecimiento de acuerdos compromisos y normas.	1	30
SESIÓN 2: **PSICOEDUCACIÓN**	• Informar a los pacientes acerca de la problemática del Síndrome del Cuidador. • Concientizar al paciente sobre la necesidad de tratamiento psicológico.	• Presentación Síndrome del cuidador : - Conceptualización. - Sintomatología. - Consecuencias.	1	45

TÉCNICA	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	# SESIONES	TIEMPO min
SESIÓN 3: **APLICACIÓN DE REACTIVOS PSICOLOGICOS.**	• Determinar El síndrome de Sobrecarga del Cuidador y sintomatología Asociada: Ansiedad y Depresión.	**1.** Se pide al paciente responder a los reactivos psicológicos con honestidad tomándose el tiempo necesario para su ejecución: **2.** Aplicación de reactivos psicológicos como: Escala de sobrecarga del Cuidador Test de Zarit, Escala de Hamilton para ansiedad y depresión. Además de los reactivos que el profesional considere necesario.	1	45

TÉCNICA	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	# SESIONES	TIEMPO min
SESIÓN 4: **RESPIRACION DIFRAGMATICA Y VISUALIZACION.**	• Disminuir niveles de ansiedad.	• Informar sobre la utilidad de las técnicas de respiración y relajación, para favorecer un autocuidado personal y mejorar nuestra salud mental. • Ejecución de la técnica.	2	60
SESION 5: **RESTRUCTURACION COGNITIVA** **RESOLUCION DE PROBLEMAS**	• Detectar y modificar pensamientos distorsionados.	**1.** Identificar los pensamientos irracionales. **2.** Una vez identificados, se procede a la elaboración de soluciones alternativas, y de esta manera lograr que el paciente explore posibles soluciones y tome las decisiones más acertadas.	3	135

TÉCNICA	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	# SESIONES	TIEMPO min
SESIÓN 6: **ASERTIVIDAD.**	• Hacer que el paciente exprese sus sentimientos, deseos, opiniones o derechos, de un modo adecuado a la situación respetando los derechos de los demás.	• Se le ensañara al paciente como debe expresarse con seguridad y respeto, para lo cual se le enseñara: - Habilidades Sociales Básicas, Intermedias y Avanzadas.	2	80

TÉCNICA	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	# SESIONES	TIEMPO min
SESION 7: **PROGRAMACION DE ACTIVIDADES**	• Aprender a organizar nuestro tiempo e implantar actividades placenteras y de ocio, para de esta manera mejorar nuestra Salud Mental	**1.** Hacer un listado de las tareas que realiza diariamente. **2.** Hacer un listado de las tareas que le gustaría realizar (tareas recreativas o de ocio). **3.** Posteriormente priorizar (según la importancia para cada persona) las tareas y el tiempo dedicado a ellas, para aproximar las tareas placenteras.	2	90
SESIÓN 8: **CIERRE TERAPEUTICO.**	• Conseguir en el paciente alivio sintomático, y capacidad de auto apoyo	Se realiza una retroalimentación de todo lo que se ha logrado en el proceso y se refuerza los aspectos positivos logrados	1	40

FASE 4. SEGUIMIENTO

Cuando termina el período de tratamiento, el paciente continúa con su tratamiento a nivel ambulatorio en lo que denominamos fase de seguimiento. El objetivo que se persigue es consolidar y conseguir su completa recuperación.

En esta fase el paciente recibe ayuda psicológica individual y continúa, acudiendo en caso de ser necesario. En las visitas individuales se van dando las indicaciones necesarias para la buena marcha del tratamiento. De igual manera se dirige el proceso gradual de reinserción del paciente en su vida familiar, social y profesional.

En el seguimiento, se puede dar al inicio una cita cada mes, luego cada 3 meses, cada 6 meses y finalmente una vez al año.

FASE 5. PREVENCIÓN EN RECAÍDAS

Esta fase está destinada a fortalecer el trabajo en prevención de recaídas y reforzar las estrategias de protección ante situaciones de riesgo, las cuales se intentan identificar a fondo. Los factores de riesgo y las señales de alerta siempre surgen antes de que la persona recaiga, como una serie de eventos que culminan finalmente en la recaída, por ello se intenta trabajar desde esta fase para ayudar a identificar estas situaciones de riesgo y esas señales internas, y así poder anticiparnos a respuestas negativas, entrenando para poder posicionarnos desde una perspectiva más lógica y más segura.

Posiblemente las personas no conozcan las respuestas adecuadas frente a situaciones de riesgo. Así como también que las personas no sean capaces de usar estrategias de protección aunque las conozcan, porque se encuentran en un estado emocional demasiado intenso.

La finalidad es consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas.

Medios:

a) Atribuir los logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la base de sus tareas para casa. (Atribución interna de los cambios).

b) Identificar con antelación situaciones de alto riesgo futuro y desarrollar habilidades preventivas de tipo cognitivo - conductual.

El terapeuta con el paciente pueden detectar situaciones predecibles y próximas o ensayar posibles situaciones de riesgo potencial (ej. utilizando el rol-playing) relacionadas con los factores de vulnerabilidad personal trabajados (distorsiones y supuestos) y practicar con el paciente alternativas cognitivas - conductuales. También estas sesiones pueden ser grabadas en casetes o apuntes para su recuerdo (ej. Ellis, 1990). Igualmente un seguimiento post - terapéutico gradual puede servir al mismo fin (por ejemplo, a los 3 meses de la terminación, a los 6 meses y 1 año).

Así mismo como ayuda se puede propiciar atención terapéutica grupal con todos los familiares diagnosticados con el Síndrome del Cuidador, para de esta manera preservar la Salud Mental del paciente

11. BIBLIOGRAFIA

LIBROS:

1. Adolfo, R. y et al. (2001). *MEDICINA FAMILIAR Y PRACTICA AMBULATORIA.* Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.

2. Azulay, R. D., Azulay, D. R., y Azulay, L. (2006). *DERMATOLOGIA, AZULAY* (4ta ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

3. Balarezo Chiriboga, L. y Mancheno, D. (2004). *Guía para el Diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico*. Quito, Ecuador: Unigraf.

4. Balarezo Chiriboga. L. (2010). *PSICOTERAPIA INTEGRATIVA FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD (*1era ed.). Quito, Ecuador: UNIGRAF.

5. Boller F. y Duyckaerts, Ch. (1997). Alzheimer disease: clinical and anatomical aspects**;**. En: Feinberg T.E, Farah, M.J. (eds). *Behavioral Neurology and Neuropsychology*. New York: McGraw-Hill.

6. Caballo V.E. (2007) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madrid, España. Ed. Siglo XXI.

7. Crespo López, M., López Martínez, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar* "(1ª ed.). Madrid: ARTEGRAF, S.A.

8. Cécile JAEGER, (2004). *DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT* (2ª edición). Barcelona, España: ASEM-AFM, Asociación Francesa contra las Miopatías, Asociación Española contra las Miopatías Enfermedades Neuromusculares.

9. Comunidad de Madrid (2009). *GUIA de RECOMENDACIONES al PACIENTE Hipertensión Arterial.* Madrid: Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección.

10. Córdova Soria, L. M. y Solís Sánchez, C. A. (2010). *Acercamiento Clínico y Tratamiento Nutricional a la Diabetes Mellitus 2* (Disertación Licenciatura). Escuela Superior Politécnica del Litoral, Guayaquil, Ecuador.

11. Dirección Nacional de Políticas para adultos Mayores. (2010). *El Cuidado del Cuidador***.** Mónica Laura Roqué (Comp), Analía Elía (Ed.), Lic. Teresita Sotelino (Coord.), Manual de cuidados domiciliarios; aprendiendo estrategias para cuidar mejor. Buenos Aires, Argentina (1ª ed.): Pcia. de Buenos Aires.

12. Dirección Nacional de Políticas para adultos Mayores. (2010). *Situaciones Frecuentes que requieren cuidador de enfermería***.** Mónica Laura Roqué (Comp), Analía Elía (Ed.), Lic. Teresita Sotelino (Coord.), Manual de cuidados domiciliarios; aprendiendo estrategias para cuidar mejor. Buenos Aires, Argentina (1ª ed.): Pcia. de Buenos Aires.

13. DSM-IV-TR; MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Barcelona, España: MASON, S.A.

14. Ferré Grau, C. et al. (2011). *Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria* (1ª ed.). Tarragona: Publidisa, S.A.

15. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32:50-55.

16. Hamilton, M. Diagnosis and rating of anxiety. In Studies of Anxiety, Lander, MH. Brit Psychiat Spec But 1969; 3:76-79.

17. Hamilton M. Rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23: 56-62.

18. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol 1967; 6: 278-296.

19. López Ramos, F. (2009). *EPIDEMIOLOGIA ENFREMEDADES TRANSMISIBLES Y CRÓNICO DEGENERATIVAS* (2ª ed). México: El Manual Moderno, S.A de C.V.

20. Méndez Baquero, R., Molina Díaz, E., Téna Dávila, M., de Yagüe Rodríguez, A. (2005). *Guía para Familiares de Enfermos de Alzheimer: "Querer cuidar, saber hacerlo".* Madrid: Artes Gráficas Municipales Madrid.

21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2011). *NORMATIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, PROGRAMA DEL ADULTO-ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, PROTOCOLOS CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES (diabetes 1, diabetes 2, dislipidemias, hipertensión arterial)*; Ecuador**.**

22. Ministerio de la Protección Social, & Instituto Nacional de Cancerología E.S.E (2004).*EL CANCER; Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*. República de Colombia.

23. Pérez Peñaranda, A. (2008). *DEPENDENCIA, CUIDADO INFORMAL Y FUNCIÓN FAMILIAR ANÁLISIS A TRAVÉS DEL MODELO SOCIOCULTURAL DE ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO* **(**1ª ed.).Salamanca. España: Trafotex Fotocomposición, S. L

24. Pitillas, C., et al. (2010). *La familia ante la enfermedad* (1ª ed.). Madrid: María Isabel Álvarez Vélez, Federico de Montalvo.

TESIS:

25. Inmaculada Úbeda, B. (2009). *CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADDORES FAMILIARES: EVALUACION MEDIANTE UN CUESTIONARIO* (Disertación doctoral)*.* ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA, España.

26. Manso Martínez, Mª Esperanza. (2012). *RELACIONES ENTRE PERSONALIDAD, GÉNERO Y SALUD EN CUIDADORAS-ES INFORMALES DE ZONA RURAL, DESDE UN MODELO BIOPSICOSOCIAL* (Disertación doctoral). FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, España.

27. Steele Britton, Héctor. (2010). *Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009"* (Disertacion Doctoral). Sistema de Estudios de Posgrado, Posgrado de Psiquiatría Universidad de Costa Rica.

28. Toledo Enríquez, Karla Tamara.(2012). ANÁLISIS DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR PRIMARIO EN MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL DE LA FUNDACION JONATHAN" (Disertación previa a la obtención del Título de Psicóloga). CARRERA DE PSICOLOGIA, UNIVERSIDAD POLITECNICA SALECIANA SEDE QUITO. Ecuador.

REVISTAS:

29. Suarez, M. A, (2006). Definición de familia. *Revista Paceña Medicina Familiar, 3*(4), 95 - 100.

30. Gonzales Castro. U. y Reyes Luna, A. (Jun, 2012). ALGUNOS ASPECTOS DEL PROCESO QUE VIVEN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE UN ENFERMO CRÓNICO – DEGENRATIVO [versión electrónica]**.** *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, *15*(2), 637-642.

31. Durón, R. M. y Martínez Juárez, I.E. (2009). SÍNDROME DE DESGASTE DEL CUIDADOR. ¿ESTAMOS AYUDANDO. *REVISTA MEDICA HONDURAS*, *77*(1), 43 – 44.

32. San Valero Carcelén, E., Navarro Mira, M..A., Rubini Puig, R., Ramos de Campos, M., y Rubini Puig, J.S. (2002). Gangrena de Fournier en Urgencias**.** *Emergencias 2002, 14,93-95.*

33. Jiménez Pachecoa, A. et al. (2012). GANGRENA DE FOURNIER. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COSTE ECONÓMICO-SANITARIO DE NUESTRA SERIE DE 37 CASOS. *Actas Dermosifiliorg*, 103(1), 29-35.

34. Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., y Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones Original y Abreviada. *Revista Médica Chile*, 137, 657 - 665.

CONFERENCIAS:

35. González Sosa, M. Ángel. Clinopatología del Aparato Respiratorio. Conferencia: Presentación realizada en el curso de “Clinopatología del Aparato Respiratorio” dentro de la Licenciatura de Médico Cirujano del Área Académica de Medicina en el semestre Julio – Diciembre 2011.

PAGINAS WEB:

36. Moles, A. (2012). *Síndrome del Cuidador*. Recuperado el 11 abril 2012, de http://psicologoadistancia.com/wp/articulospsicologicosoriginales/el-sindrome-del-cuidador/.

37. Jaureguizar, J. y Espina, A. (2005). ENFERMEDAD FÍSICA CRÓNICA Y FAMILIA (1ª ed.). Recuperado de http://www.libreosenred.com.

12. ANEXOS:

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

HISTORIA CLÍNICA Nº:
NOMBRE:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
EDAD:
SEXO:
RAZA:
ESTADO CIVIL:
NUMERO DE HIJOS:
INSTRUCCIÓN:
PROFESIÓN:
OCUPACIÓN:
SUELDO MENSUAL:
RELIGIÓN:
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:
FAMILIAR RESPONSABLE:
PROCEDENCIA:
LUGAR DE RESIDENCIA:
FECHA DE INGRESO:

2. **CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN:**

……..

3. **MOTIVO DE CONSULTA:**

……..

4. **ENFERMEDAD ACTUAL:**

……..

5. **HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD:**

……..…

6. **PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA:**

PRENATAL:

……..…

NATAL:

……..…

INFANCIA:

……..…

PUBERTAD:

……..…

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD:

……..…

MADUREZ:

……..…

PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA:

……..…

……..

HISTORIA SOCIAL:

……..…

HISTORIA LABORAL:

……..…

HISTORIA PSICOSEXUAL:

……..…

EXAMEN DE LAS FUNCIONES PSICOLÓGICAS

CONCIENCIA:

- **Lucidez:**
- **Orientación:**
- Alopsíquica.
- Autopsíquica:
- Somatopsíquica
- Conciencia de enfermedad:

ATENCIÓN:

- **Trastornos Cuantitativos:**
- Hiperprosexia
- Hipoprosexia
- Aprosexia
- **Trastornos cualitativos**
- Distracción
- Distraibilidad
- Atención voluntaria
- Espontanea o pasiva

SENSOPERSEPCIONES:

- Ilusiones:
- Alucinaciones:
- Pseudoalucinaciones
- Trastornos del esquema corporal
- Despersonalización
- Desrealización

MEMORIA:

- **Trastornos cuantitativos:**
- Hipermnesia

- Hipomnesia
- Amnesia (retrograda, anterograda, retroanterograda)
- **Trastornos Cualitativos:**
- Pseudoreminicencias
- Confabulaciones
- Cliptomnesia
- Dismnesias
- Paramnesia

AFECTIVIDAD:

- **Exaltación**
- **Depresión**
- **Hipertimia**
- **Hipotimia**
- **Distimia**
- **Indiferencia afectiva**
- **Descontrol emocional**
- **Inestabilidad Emocional**
- **Reacciones emocionales primitivas**
- **Reacciones afectivas:**
- Irritabilidad
- Embotamiento
- Indiferencia
- Apatía
- Labilidad
- Tenacidad
- Ambivalencia
- **Contenidos intelectuales:**
- Ideas fijas
- Ideas obsesivas
- Fobias

INTELIGENCIA

PENSAMIENTO:

- **Trastornos del curso:**
- Aceleración
- Retardo
- Interpretación
- bloqueo
- **Estructura:**
- Prolijidad
- Perseveración
- Incoherencia
- Disgregación.
- **Contenido:**
- Ideas dominantes
- Ideas obsesivas
- Ideas Pseudodelirantes
- Ideas delirantes

VOLUNTAD:

- **Hipobulia**
- **Abulia**
- **Actos impulsivos**
- **Estereotipias**
- **Amaneramientos**
- **Sugestividad**
- **Flexibilidad cérea**
- **Obediencia automática**
- **Negativismo**
- **Catalepsia**

INSTINTOS:

- **Nutrición**
- **Sueño**
- **Defensa**
- **Instinto Sexual.**

HÁBITOS:

- **Alcoholismo**
- **Tabaquismo**
- **Consumo de drogas**

JUICIO Y RAZONAMIENTO:

- **Lógico**
- **Ilógico**
- **Paralógicos**

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

……

EXÁMENES PSICOLÓGICOS:

……..…

……..

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

……..…

……..

PSICOANAMNESIS ESPECIAL:

……..…

……..

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:…….....

……..

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:……

……..

PRONÓSTICO:……..

RECOMENDACIONES:……

……

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HAM-A)

Nombre:_____

Edad:_____**Fecha:**_____

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes los siguientes síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems. Cada parámetro es calificado en una escala de 5 puntos, extendiéndose desde 0 = no presente hasta 4 = severo.

	0	1	2	3	4
1. **HUMOR ANSIOSO:** Se preocupa, anticipa lo peor, temor anticipado.					
2. **TENSIÓN:** Presenta temor, llora fácilmente, se agita, tiembla.					
3. **MIEDOS:** Miedo a la obscuridad, miedo a extraños, Miedo a estar solo, miedo a los animales.					
4. **INSOMNIO:** Dificultad para dormirse o mantenerse dormido, dificultad con pesadillas.					
5. **INTELECTO:** Poca concentración, debilitación de la memoria.					
6. **HUMOR DEPRESIVO:** Interés disminuido en las actividades, falta de placer en lo que hace, insomnio.					
7. **PROBLEMAS SOMÁTICOS MUSCULARES:** Dolores musculares, contractura.					
8. **PROBLEMAS SOMÁTICOS SENSORIALES:** Zumbidos, visión borrosa.					
9. **SINTOMAS CARDIOVASCULARES:** Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de debilidad.					
10. **SINTOMAS RESPIRATORIOS:** Presión en el pecho, sensación de asfixia, respiración entre cortada.					
11. **SINTOMAS GASTROINTESTINALES:** Disfagia, nausea o vómito, estreñimiento, pérdida de peso, llenura abdominal.					
12. **SINTOMAS GENITOURINARIOS:** Frecuencia urinario o urgencia, dismenorrea, impotencia.					
13. **SINTOMAS AUTONÓMICOS:** Boca seca, rubor facial, palidez, sudor.					
14. **COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA:** Intranquilidad, temblor, marcha, pasos.					

TOTAL ÍTEMS 1 al 14:_____

Instrucciones de puntaje HAM-A:

Suma de las puntuaciones de los parámetros

14 – 17 = Ansiedad Leve**.**

18 – 24 = Ansiedad Moderada.

25 – 30 = Ansiedad Severa.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HAM-D)

Nombre:_____

Edad:_____**Fecha:**_____

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes los siguientes síntomas que se describen en cada uno de los 17 ítems

1. Humor Depresivo (tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad)

0 = Ausente.

1 = Tristeza.

2 = Llanto Ocasional.

3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

0 = Ausente

1 = Se culpa así mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

0 = Ausente

1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse

3 = Ideas de suicidio o amenazas

4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

0 = No tiene dificultad

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

0 = No hay dificultad

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

0 = No hay dificultad

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición Psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0 = Palabra y pensamiento normales

1 = Ligero retraso en el habla

2 = Evidente retraso en el habla

3 = Dificultad para expresarse

4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

0 = Ninguna

1 = Juega con sus dedos

2 = Juega con sus manos, cabello, etc.

3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

0 = No hay dificultad

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad

2 = Preocupación por pequeñas cosas

3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla

4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

0 = Ausente

1 = Ligera

2 = Moderada

3 = Severa

4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

0 = Ninguno

1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen

2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

0 = Ninguno

1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0 = Ausente

1 = Débil

2 = Grave

15. Hipocondría:

0 = Ausente

1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)

2 = Preocupado por su salud

3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana

1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana

2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Perspicacia:

0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

3 = No se da cuenta que está enfermo

TOTAL ÍTEMS 1 al 17:_____

Instrucciones de puntaje HAM-D:

Suma de las puntuaciones de los parámetros

0 – 7 = Normal.

8 – 13 = Depresión Leve.

14 – 18 = Depresión Moderada.

19 – 22 = Depresión Severa.

≥ 23 = Depresión Muy Severa.

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR – TEST DE ZARIT

Administracion: Contas de 22 items relacionadpos con mlas sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se punta en un gradioente de frecuencia que va desde 0 (nunca) a 4 (casi siempre). Autoadministrada.

INTERPRETACION:

- ≤ 46 «no hay sobrecarga»
- 47-55 hay «sobrecarga leve»
- ≥ 56 implica una «sobrecarga intensa»

TEST DE ZARIT – ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	

OPCIONES:
0= Nunca 1= Rara vez 2=Algunas Veces 3= Bastantes veces 4= Casi siempre

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI

Nombre:_____**Fecha:**_____

INDIQUE LA FRASE CON LA QUE SE SIENTA IDENTIFICDO/A

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral o los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo alguna actividad	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitármelos fácilmente	
	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi	
p	Par que yo confié en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me cuesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siente ira	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	
	Generalmente impongo mi punto de vista	
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas	
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva	
	Cuando en las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar	
c	Mi estado de ánimo es muy variable	
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en lo que sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas me siento triste y parecería que todo me saldrá mal	
	Me impresiona fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno	
	En mi vida diaria repentinamente aparecen periodos de tristeza sin motivo	
	Sobredimensiono las experiencias de amistad y afecto	
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco	
h	En la mayoría de las ocasiones me gusta salirme con la mía	
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella	
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor	
	Para salir de casa mi aspecto físico debe estar impecable	
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo	
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos	
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido, me convierto en el alma de la fiesta	
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme	
	Me gusta ser reconocido por lo que hago	
ev	Me agradan que los demás me vean atractivo	
	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás	

	Me preocupa la crítica, rechazo o desaprobación de las personas que conozco	
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío	
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás	
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo hacer ridiculizado o avergonzado	
	Mi vida social es reducida	
	Cuando conozco a gente nueva, temo no poder iniciar una conversación	
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales	
	Tengo dificultades de hablar de mi mismo a los demás	
d	Me siento ofendido (a) si alguien se muestra crítico frente a mi durante una conversación	
	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado	
	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo	
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen	
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas	
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados	
	Soy obediente ante mis superiores y jefes	
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros	
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante	
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo	
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones	
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales	
	Prefiero hacer las cosa solo	
	Disfruto más realizando pocas actividades, que demasiadas	
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza	
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente	
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan	
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría	
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas	
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás	
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean	
ez	Me agradan las cosas excéntricas o fuera de lo común	
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que me sucederá en el futuro	
	Mi apariencia es rara y peculiar para los demás	
	No confió mucho en mis amigos íntimos o de confianza	
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales	
	Con los demás soy insensible me cuesta ceder ante sus peticiones	
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás	
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas	
	Temo que los demás quieran hacerme daño	
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real	
ds	Reniego de las normas sociales y legales	
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales	
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas	
	En la niñez solía causar daño a los animales	
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro	
	Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas	
	Cuando estoy con ira expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias	
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas	

Soy inestable en mis trabajos, aun cuando tenga obligaciones económicas		
No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás		
Me cuesta esfuerzos controlar mi ira		
Soy impulsivo, en la realización de mis actividades		
Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas		
Me gusta engañar a la personas para que estén conmigo		
Generalmente no mido las consecuencias de mis actos aunque luego reacciono con arrepentimiento		
Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo		
La rutina me molesta, por eso siempre busco algo diferente que hacer		
A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado		
Me gasto el dinero de manera imprudente, por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias		
Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones.		
APRECIACIÓN		

CALIFICACIÓN

A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca cada resultado en el recuadro ubicado al final de cada personalidad, la respuesta oscila entre 0- 10. Luego estos resultados se trasladan a la siguiente tabla.

Escala.

10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										
0										
P										
	Personalidad Afectivas		**Personalidad Cognitivas**		**Personalidad Comportamentales**		**Personalidad con Déficit en la Relación**			

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO, IESS –LOJA. PERIODO MARZO – SEPTIEMBRE 2013.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

"SINDROME DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO - DEGENERATIVAS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO IESS-LOJA. PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013".

TESIS

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

PRESENTA:

Luis Eduardo Vásquez Jaramillo

Docente: Dra. Verónica Vélez

"El cuidar puede convertirse en un proceso donde el sentido y objetivo de vida del cuidador es el familiar cuidado, y el sentido, significado y referente de la persona cuidada es el cuidador".
Selma Lagerlof.

"Cuidar es todo lo que ayuda a vivir y permite existir"
Colliere, 1999.

"Nadie podrá liberar a los hombres de su dolor, pero le será perdonado a aquel que haga renacer en ellos el valor para soportarlo"
Selma Lagerlof

AUTOR:

Luis Eduardo Vásquez Jaramillo

1. TEMA:

“SÍNDROME DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO - DEGENERATIVAS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO, IESS-LOJA.PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2013”.

2. PROBLEMATIZACIÓN:

Cuando hablamos de enfermedad, lo primero que se piensa es en las “personas enfermas”, sin embargo, los especialistas aconsejan no olvidar a todos aquellos que dedican una parte muy importante de su tiempo a cuidarlas.

Uribe (2006) refiere: “El cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona.”

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 de la persona que tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía.[46]

Cuidar a un familiar enfermo resulta frustrante y agotador, principalmente cuando se trata de enfermedades crónico-degenerativas, las mismas que afectan a cualquier órgano o tejido del cuerpo humano, algunas de ellas se destacan por su alta frecuencia y por los graves daños que producen a quienes las padecen. De este grupo cabe resaltar las más importantes y que son un problema de salud pública como: la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial, Cirrosis Hepática,

[46] Ana Moles. Sindrome del Cuidador. ARTICULOS PSICOLOGICOS ORIGINALES [Internet]. 11 abril 2012 [28 de abril 2013] ; Disponible en: http://psicologoadistancia.com/wp/articulospsicologicosoriginales/el-sindrome-del-cuidador/

enfermedades mentales y los distintos tipos de Cáncer[47], dichas enfermedades están regularmente asociadas con la edad y el envejecimiento, a medida que aumenta la edad el porcentaje de personas que padecen enfermedades limitantes de su actividad habitual se va incrementando, y a partir de los 75 años la tasa aumenta en un 30%, lo cual supone que tres de cada siete personas de 75 o más años estuvieron enfermas (43,3%)[48].Es por ello que la atención y cuidado que requieren las personas que padecen este tipo de enfermedades demanda un seguimiento y labor constante por parte de los cuidadores primarios, trayendo consigo numerosas consecuencias, afectando así a todas las esferas de su vida a nivel físico, psicológico, familiar, social y laboral.

España ocupa el quinto lugar a nivel mundial en esperanza de vida, a poca distancia de Japón, que es el primero, según datos de la OMS, en un informe del Consejo Económico Social dado a conocer en mayo del 2005, el porcentaje de cuidadores primarios es del 84%en mujeres, frente a un 16%en hombres. Las mujeres, sea en calidad de hijas, esposas o madres, son las responsables de una persona dependiente en más de 2.500.000 hogares españoles, teniendo en cuenta que se hacen cargo no sólo de ancianos, sino de bebés de menos de un año y de otros colectivos que también precisan una dedicación plena como es el cuidado de enfermos crónico - degenerativos.[49]

---

[47] angelfire.com [Internet]. Lugar de publicación [Internet]: Dr. IRVING F. DOBLER LOPEZ; Fecha de comienzo [fecha de última actualización [Internet]; 2 de mayo 2013]. Disponible en: http://www.angelfire.com/id/dobler/index4.html

[48] La calidad de vida de las cuidadoras informales: Bases para un sistema de valoración, el impacto del cuidado en la calidad de vida en las cuidadoras informales, Elisa Sala Mozos, Proyectes socials Fundació Pere Tarrés, Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo provisto en la orden TAS 940/2007, España 24 de marzo del 2009.

[49] Margarita Rojas: Cuidar al quecuida. Volumen. Edición [Internet]. MADRID:PUNTO DE LECTURA;14/03/2007.[fecha de última actualización [Internet]; citado 3 de mayo 2013]. Disponible en: http://www.librosalfaguarajuvenil.com/uploads/ficheros/libro/primeras-paginas/200703/primeras-paginas-cuidar-cuida.pdf

Las investigaciones consultadas que analizan las consecuencias de ser cuidador familiar sobre la salud psíquica, coinciden que estas personas tienen peor salud y bienestar psicológicos que las personas que no cuidan a un familiar con dependencia. García-Calvente (1999), en un estudio realizado en la Comunidad Andaluza en 1000 hogares con cuidadores informales, encontró que el 22% declaraban padecer algún problema de salud mental, con un predominio claro de trastornos de tipo emocional (depresión y ansiedad), que afectaban al 21% de la población. Crespo-López y López-Martínez (2007) encuentran el 56% de depresión en personas que realizan la labor de cuidador principal y 42% de ansiedad, niveles por encima de lo esperado en la población general. Así mismo según el Libro Blanco de Atención a las personas en Situación de Dependencia en España (2005), el 11 % de los cuidadores ha tenido que ir o van a la consulta del psicólogo o psiquiatra[50].

Otro dato relevante es que un alto promedio de estas personas dedica más de 40 horas semanales al enfermo información más que importante a la hora de evaluar el síndrome, ya que como concluye el informe del Hospital Ramos Mejía (Costa Rica, 2010), “el aumento de la cantidad de horas semanales incrementa el valor de la sobrecarga”. Así mismo, en este estudio se obtuvo que un 57% de los sujetos estudiados presentan el síndrome de sobrecarga del cuidador, contra un 43% que no lo manifiestan, cuya patología mental más sobresaliente es la depresión con el 62.5%[51].

---

[50] RELACIONES ENTRE PERSONALIDAD, GÉNERO Y SALUD EN CUIDADORAS-ES INFORMALES DE ZONA RURAL, DESDE UN MODELO BIOPSICOSOCIAL, Mª Esperanza Manso Martínez, FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, 2012.

[51] “Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009”, Dr. Héctor Steele Britton, Sistema de Estudios de Posgrado, Posgrado de Psiquiatría Universidad de Costa Rica,2010.

En cuanto a nuestro país existe un solo trabajo investigativo referente a esta temática el mismo que nos proporcionó algunos datos, como que en el Ecuador se dispone únicamente del 1,2% del presupuesto de Salud Pública para las acciones de Salud Mental, de esta cantidad el 59% se destina a los hospitales psiquiátricos, siendo los diagnósticos de mayor prevalencia el de Esquizofrenia y a nivel de los servicios ambulatorios: Trastornos de Ansiedad y Depresión. Lamentablemente no se cuenta con un registro nacional de los trabajos de investigación realizados por los profesionales que laboran en los establecimientos de Salud Mental, por lo que no existen cifras reales sobre la atención del Síndrome del cuidador.

En nuestro país solo se abarca la atención de patologías psiquiátricas típicas, por lo que a nivel local y nacional no existen datos estadísticos de la existencia y prevalencia de este Síndrome. Lo más preocupante es que actualmente no ha habido interés por realizar investigaciones que arrojen información sobre el síndrome del cuidador, siendo una problemática frecuentemente ignorada por parte del personal sanitario, obviando de esta manera los efectos de esta influencia negativa en el desarrollo del paciente crónico - degenerativo;posiblemente se deba a que en general no existe información al respecto, sin embargo por esta misma razón y tratándose de un fenómeno que persiste en varios contextos relacionales es de considerable importancia indagar sobre este tema, el mismo que nos permitirá evidenciar las complejas situaciones y Salud Mental de este grupo de cuidadores al cuidado de pacientes crónico – degenerativos, ya que una detección precoz de la sobrecarga en los cuidadores, puede permitir la intervención del equipo especializado en la preservación de la salud física y mental del cuidador, logrando identificar sus necesidades concretas

y de esta manera preservar la salud del familiar a su cuidado, incluso optimizando la labor de todo el equipo terapéutico.[52]

Es por ello que una vez formulado el presente problema, nace en mí el interés de acercarme a esta evidente realidad que padecen los cuidadores principales de pacientes con enfermedades crónico - degenerativas y por ende el planteamiento de la siguiente interrogante:**¿ EXISTE EL SINDROME DE SOBRECAGA DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO - DEGENERATIVAS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO, IESS-LOJA?**

[52] "ANÁLISIS DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR PRIMARIO EN MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL DE LA FUNDACION JONATHAN", Karla Tamara Toledo Enríquez, CARRERA DE PSICOLOGIA, UNIVERSIDAD POLITECNICA SALECIANA SEDE QUITO, 2012.

3. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja con la finalidad de vincular a sus estudiantes de manera directa con la colectividad ha implementado un modelo de aprendizaje que ha permitido generar investigación y por ende buscar soluciones a los problemas existentes en nuestra sociedad.

Como futuro profesional de la salud, y al estar en contacto directo con pacientes con enfermedades crónico - degenerativas y con los familiares responsables de su cuidado, nace en mí el interés de conocer las consecuencias o el impacto que dichos cuidados tienen en el cuidador, quienes al ver el padecimiento de su ser querido cambian radicalmente su estilo de vida, dejando de lado sus propias necesidades, lo que conlleva a un deterioro progresivo de su salud tanto física como mental.

Así mismo, al ser testigo de la presente situación, en la que el sistema de salud dirige su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tomar en cuenta el contexto familiar en donde se generan un sin número de cambios para quienes desempeñan las funciones de cuidador; tarea que supone una gran responsabilidad y exigencia, siendo fuente de estrés y malestar emocional para el cuidador principal y los demás miembros de la familia[53], lo cual interfiere en su desenvolvimiento familiar, social y laboral, afectando de esta manera su Salud.

Por estas razones he visto la necesidad de realizar este proyecto investigativo que está dirigido a aquellos familiares que en calidad de cuidadores de pacientes

[53] REVISIÓN DE LOS CUIDADOS INFORMALES. DESCUBRIENDO AL CUIDADOR PRINCIPAL, INTRODUCCION, María Pilar Catalán Edo (1), Ana Isabel Garrote Mata (2).Nure Investigación, 2012;V 57:pag 2.

con enfermedades crónico - degenerativas, desde sus hogares, en un clamor silencioso y en ocasiones solitario, demandan atención, reconocimiento y ayuda.

Este trabajo me permitirá obtener mi título de educación superior en Psicología Clínica, además de que los resultados encontrados y expuestos serán de vital importancia para conocer El Síndrome del Cuidador en familiares de pacientes con enfermedades crónico degenerativas atendidos por la unidad de Medicina Familiar del Hospital "Manuel Ignacio Monteros Valdivieso", IESS-Loja, ubicado en las calles Ibarra y Santo domingo. Dicha unidad fue creada de acuerdo a la Resolución 308, la cual reorienta y fortalece los Servicios de Salud del IESSmediante un Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud a nivel familiar, comunitario, intercultural y Red Plural; para poner en marcha este modelo se conformó el Equipo Básico de Salud (EBAS), el mismo que tiene un rol protagónico con énfasis en la atención ambulatoria mediante acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y acciones sociales, con ética, calidad y calidez; respetando la identidad, educación y cultura, teniendo como protagonistas al individuo, a la familia y a la comunidad; cuyo objetivo es acercar la atención-educación sanitaria a aquellos pacientes que por causa psico-fisico-saciales tengan serias dificultades para acudir al Centro de Salud, contribuyendo de esta manera a elevar la calidad de vida, el estado de salud y el grado de satisfacción del usuario.

Por estas razones y al no contar en nuestro país con suficientes estudios por parte de los profesionales de la Salud acerca de la problemática del Síndrome del Cuidador he considerado de vital importancia llevar a cabo este proyecto investigativo titulado:

“SÍNDROME DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO -DEGENERATIVAS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO, IESS-LOJA.PERIODO ABRIL- SEPTIEMBRE 2013”.

“No olvide que para cuidar de otra persona, primero tenemos que saber cuidar de nosotros mismos”

4. OBJETIVOS:

GENERAL:

a. Identificar los principales Síntomas Psicológicos y Rasgos de Personalidad asociados al Síndrome de Sobrecarga del Cuidador en Familiares responsables del cuidado de pacientes con enfermedades crónico degenerativas atendidos por la Unidad de Medicina Familiar del Hospital "Manuel Ignacio Monteros Valdivieso". IESS-LOJA.

ESPECÍFICOS:

a. Determinar los principales Síntomas de alerta del Síndrome de Sobrecarga del cuidador en familiares responsables del cuidado de paciente con enfermedades crónico - degenerativas.

b. Establecer los rasgos de personalidad del Cuidador Principal.

c. Identificar el Perfil del Cuidador de acuerdo a las siguientes variables: Género, edad, estado civil, parentesco e instrucción.

d. Diseñar un plan de intervención en prevención de la Salud Mental del Cuidador.

5. METODOLOGÍA:

Se plantea el presente estudio con la finalidad de investigar la presencia del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador en familiares responsables del cuidado de pacientes con enfermedades crónico - degenerativas, también para identificar los principales síntomas psicológicos y rasgos de personalidad en familiares con Síndrome del Cuidador, y de acuerdo a las variables socio - demográficas establecer el perfil del cuidador en nuestro país.

Para el desarrollo de la Investigación se considerarán los procesos éticos, se solicitará al Dr. Nelson Samaniego I, Director del Hospital "Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso", IESS-LOJA, la autorización, y por su intermedio a quien corresponda el permiso para evaluar a los pacientes sujetos de estudio.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una Investigación Mixta (Cualitativa v Cuantitativa), ya que su diseño representa una guía estructurada y exacta de cómo se va a realizar la investigación; el estudio es de tipo Exploratorio – Descriptivo – Demostrativo ; es Exploratorio por que el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, sirve para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos; es Descriptivo ya que se pretende contextualizar las variables en estudio, y demostrativo, puesto que se pretende poner en evidencia los resultados del Síndrome del Cuidador en familiares responsables del cuidado de pacientes con enfermedades crónico – degenerativas; así mismo es transversal ya que el estudio se va a realizar en un tiempo y espacio determinado (Unidad de Medicina Familiar del Hospital "Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso" IESS – LOJA. Periodo Abril – Septiembre 2013)

UNIVERSO Y MUESTRA

La población de estudio son los familiares que se encuentran a cargo del cuidado de pacientes con enfermedades crónico – degenerativas atendidos psicológicamente por la Unidad de Medicina Familiar del Hospital "Manuel Ignacio Monteros Valdivieso" IESS – LOJA, durante el período abril –Julio 2013.

Durante este periodo La unidad de Medicina Familiar atendió psicológicamente a un total de 35 pacientes con enfermedades crónico - degenerativas; tomando como población para nuestro estudio una población inicial de 25 familiares encargados del cuidado de estos pacientes, los mismo que fueron seleccionados según los procesos de inclusión y exclusión, pero debido al cuadro clínico que presentaban dos pacientes fallecieron (por coma diabético, e insuficiencia respiratoria), por lo que la muestra se redujo a un total de 23 cuidadores. .

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluyó todas aquéllas personas que son familiares a cargo del cuidado de pacientes con enfermedades crónico – degenerativas atendidos por la Unidad de Medicina Familiar del Hospital "Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso" IESS – LOJA.

Los cuidadores deberán tener las siguientes características:

• Ser familiar del paciente.

• Tener a su cargo un enfermo crónico – degenerativo.

• Ser un "cuidador informal", es decir, ser el cuidador principal del paciente y además, no realizar su labor como parte de una institución sanitaria ni social.

Se excluyeron todos aquéllos cuidadores que:

• No son familiares del paciente o que son cuidadores formales.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez aplicados los reactivos psicológicos se procede a su respectivo análisis e interpretación, utilizando los programas de Word y Excel para la elaboración de gráficos, tablas y tabulación.

- **INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la obtención de datos, se procederá a la utilización de técnicas e instrumentos, los cuales están encaminados a cumplir con las metas y objetivos de estudio, tales como: Observación Clínica, Historia Clínica Psicológica (Anexo 1), Escala de sobrecarga de Zarit (Anexo 2), Escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo 3), Escala de Depresión de Hamilton (Anexo 4) y Cuestionario de Personalidad SEAPSI (Anexo 5). Siendo necesario para cumplir a cabalidad con el objetivo planteado atender a cada paciente en el lapso de tres sesiones.

MATERIAL 1:

LA OBSERVACIÓN CLÍNICA

La observación constituye una de las técnicas de mayor aplicación en el trabajo de diagnóstico psicológico. Generalmente se asocia al trabajo sensoperceptivo y a las funciones superiores del investigador a través de cuyos mecanismos se puede hacer inferencias sobre el comportamiento del paciente o sujeto. Cuando se habla de observación se hace alusión al trabajo descriptivo de las diferentes manifestaciones conductuales que hacen referencia tanto a las comunicaciones no verbales durante la entrevista, como a los comportamientos espontáneos o controlados por el psicólogo.[54]

[54] Guía para el Diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico. BALAREZO Ch, S MANCHENO D. Guía para el Diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico. Quito-Ecuador 2004, Unigraf.

MATERIAL 2:

LA HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

La historia clínica psicológica/psiquiátrica podríamos definirla como el registro completo realizado de forma confidencial a todo tipo de paciente psiquiátricos/psicológicos que atendemos por primera vez; en donde establecemos un diálogo de tal forma que se entienda, conozca y comprenda al enfermo, generando así una relación psicólogo-paciente de considerable valor terapéutico.

Jaspers transportó a la psiquiatría el movimiento fenomenológico con lo que puso en relieve la necesidad de recoger en las historias clínicas psiquiátricas una transcripción literal de las expresiones del enfermo y una fiel descripción de su comportamiento, dejando de lado los síntomas y las interpretaciones de los mismos, para obtener un completo registro del modo que tiene el enfermo de experimentar los síntomas de su mundo interior.

En otras ocasiones se realizaban las historias clínicas científico-naturales centradas en la descripción de rasgos externos y objetivos de la enfermedad, lo que resultaba insuficiente; desde entonces hasta la actualidad se han efectuado múltiples cambios en su conformación.

En líneas generales, la historia clínica junto a la anamnesis familiar y la psicobiografía condicionan la vida del paciente. La enfermedad actual es resumen y consecuencia de lo anterior. Todo ello unido a los diferentes tipos de exploraciones psicopatológica y somática, a las pruebas complementarias, diagnóstico y adecuado tratamiento, conformarán los principales apartados de una completa historia de nuestro enfermo psiquiátrico. Sin olvidar la importancia

de los antecedentes (somáticos, psicosomáticos y psiquiátricos) sean o no patológicos. El orden en que se analicen estas áreas dependerá de la demanda del paciente, de su actitud y de las propias preferencias del psicólogo. Estructuración de la historia clínica psiquiátrica/psicológica:

1. ANAMNESIS

Es donde se recogen datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, historia de la enfermedad actual. Sin embargo, este esquema varía de acuerdo con las diferentes instituciones e incluso con las distintas modalidades del terapeuta según sea conductista, psicoanalista o biologista, entre otros.

- **Datos de filiación e identificación del paciente**

Nombre, edad, sexo, lugar de origen y de residencia, estado civil, número de hijos, profesión, ocupación, situación socioeconómica, religión y fecha de aplicación de la entrevista.

- **Motivo de consulta**

Lo que en realidad ha ocasionado que el paciente haya acudido a nuestro servicio. Si se rellena con las palabras del propio paciente sabremos cómo ha percibido los acontecimientos ya que su familia puede considerar el problema de forma diferente. También deben valorarse las circunstancias del envío, quiénes han sido los personajes implicados: el propio paciente voluntariamente, la familia, el médico de cabecera, etc., y si se ha efectuado en contra a los deseos del

paciente; en este último caso es evidente que el enfermo no estará en condiciones de ofrecernos información por lo que deben transcribirse las anotaciones ofrecidas que el profesional correspondiente suele remitir en una interconsulta.

- **Enfermedad actual**

Desde el momento en que aparecieron los primeros síntomas actuales, especificando la tipología, duración e intensidad de los mismos y cómo han evolucionado con el paso del tiempo, si cursaron con mejoría espontánea, si ha precisado o no asistencia psiquiátrica previa, si ha recibido tratamiento psicofarmacológico (anotar el tipo de psicofármacos) y el efecto producido (tanto terapéutico como secundarios o indeseables). Hay que intentar precisar cuándo fue la última vez que el paciente se sintió medianamente estable y duración aproximada de este periodo asintomático. También debe indagarse sobre la personalidad previa a la aparición de la enfermedad, de qué forma se han visto afectadas sus actividades cotidianas y sus relaciones personales, en definitiva, valorar si ha habido o no ruptura en su psicobiografía. En el caso de que hubiera episodios anteriores, evaluar si fueron o no similares al actual.

- **Antecedentes personales**

Además de estudiar la enfermedad actual del paciente y su situación vital actual, es necesario conocer lo acaecido desde su nacimiento hasta la actualidad. La historia personal se suele dividir en tres grandes partes: período del desarrollo, infancia tardía y vida adulta.

- **Período del Desarrollo**

Historia prenatal y perinatal: Se analiza la situación familiar en que nació el paciente, si el embarazo fue deseado y planeado, el estado emocional de la madre durante el embarazo, si hubo patología materna o fetal durante la gestación, tipo de parto, condición del niño al nacer.

Primera infancia (desde el nacimiento hasta los tres años): Se debe investigar sobre la calidad de la interacción madre-hijo durante el desarrollo psicomotor del niño (durante el aprendizaje del comer, control de esfínteres, etc.), y la existencia de problemas en esta área. debe analizarse sobre el entorno familiar del infante, condiciones socioeconómicas, relación con sus padres y hermanos, etc. la personalidad emergente del niño es de crucial importancia, deben recopilarse datos además de su capacidad de concentración, de tolerancia a la frustración o de posponer gratificaciones, etc. en resumen, deben explorarse fundamentalmente las áreas de: hábitos de alimentación, desarrollo temprano, síntomas de problemas de comportamiento, personalidad infantil, fantasías o sueños primeros o recurrentes.

Infancia media (de 3 a 11 años): Se deben evaluar factores tan importantes como identificación del sexo, los castigos habituales en casa y las personas que ejercían la disciplina e influyeron en la formación de la conciencia temprana. se deben consignar las primeras experiencias escolares, cómo le afectó la separación con la madre. Preguntar sobre las primeras amistades y relaciones personales. Dentro de la relación escolar se deben describir los patrones

tempranos de Asertividad, impulsividad, agresividad, pasividad, ansiedad o conducta antisocial. También es importante la historia del aprendizaje de la lectura y del desarrollo de otras habilidades intelectuales y motoras. Debe explorarse a la vez la presencia de pesadillas, fobias, enuresis, masturbación excesiva.

Pubertad, adolescencia y juventud: Principales cambios provocados en su estructura somática o en su fisiología que han dejado cambios en su personalidad. Características de la crisis de la adolescencia y forma en que logro superarlas; proyecciones futuras, anhelos y aspiraciones; identificación y dependencia; cursos superados; éxitos y fracasos; intereses vocacionales; aptitudes y habilidades; estudios realizados; profesión adquirida. Preocupaciones, hábitos y conflictos sexuales; Relaciones con el sexo complementario.

Madurez: Relaciones con padres, hijos, conyugue, amigos; Éxitos, fracasos; frustraciones; etc. Desarrollo en el hogar; trabajos desempeñados. Enfermedades padecidas; tratamientos recibidos; resultados de dichos tratamiento y secuelas posteriores.

- **Antecedentes mórbidos personales**

Se reflejarán las enfermedades médicas y/o psiquiátricas previas y la psicobiografía del paciente. El conocimiento de la historia natural de las afecciones psiquiátricas y su relación con la edad y los posibles síntomas es importante, dado que ciertos trastornos suelen iniciarse solapadamente antes de que manifiesten la sintomatología clásica que los clasifique como auténtica

enfermedad psiquiátrica. Los episodios previos, en especial los relacionados con acontecimientos vitales, pueden ser considerados por el paciente de escasa importancia, por lo que debe insistirse en ellos de forma más directiva debido a que difícilmente nos los relatará de forma espontánea; la frecuencia y duración de estos episodios, la edad a la que el paciente fue visto por primera vez por un psiquiatra o psicólogo, lugar de asistencia (urgencias, consulta, hospitalización), intervalo mayor entre los episodios en que el paciente se mantuvo estable con o sin tratamiento, nos ayudarán para la posterior elaboración del diagnóstico y tratamiento. Del mismo modo debe investigarse respecto a enfermedades físicas, intervenciones quirúrgicas, accidentes, o bien si ha precisado hospitalización por cualquier otra causa, ya que pueden constituir acontecimientos vitales desencadenantes de alteraciones psiquiátricas (trastornos adaptativos, depresiones reactivas, somatizaciones, etc.).

Hábitos

Se deben dejar consignado claramente los medicamentos que consume el paciente, hayan sido prescritos o no por algún facultativo y su forma de administración, por su posible repercusión en la sintomatología psiquiátrica.

- **Antecedentes familiares**

Se recogen los datos de parentesco referidos a su origen familiar y núcleo familiar actual. Así mismo, es de considerable importancia indagar sobre historia de suicidios anteriores, motivo y consumación o no de los mismos, y la posible existencia de trastornos psiquiátricos (alteraciones afectivas, retraso mental, comportamientos extraños, etc.) en alguno de los miembros de la familia. Se debe

tener en cuenta que reconocer el padecimiento de una enfermedad psiquiátrica o el suicidio de algún familiar supone una carga emocional intensa para el paciente e incluso para la propia familia que pueden motivar encubrir el evento y expresarse de formas similares a las siguientes: "no sabemos bien como fue", "murió en circunstancias extrañas", con el objetivo de eludir la respuesta.

- **Antecedentes mórbidos familiares**

Se debe constatar las patologías mórbidas y psiquiátricas de familiares cercanos y además si ha habido historia de ingresos o institucionalización de alguno de ellos. Se debe preguntar sobre existencia de problemática alcohólica o de consumo de otras substancias tóxicas en el ámbito familiar.

2. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

También conocida como examen mental, es la parte de la valoración clínica que describe la suma total de observaciones e impresiones del médico acerca del paciente, en el momento preciso de la entrevista, ya que se debe considerar que el estado mental del sujeto puede variar de un momento a otro. Se debe describir el estado mental del paciente, y para ello es importante tener un esquema ordenado, que se ajusta de acuerdo a las condiciones de la entrevista, pero que de todas formas debe ser completo.

A continuación, un esquema modelo para el examen del estado mental:

a.- Descripción general

Aspecto*:* Se debe describir el aspecto general del paciente y la impresión física general, postura, porte, vestimenta y aseo.

Conducta explícita y actividad psicomotora: Se refiere tanto a aspectos cuantitativos como cualitativos de la conducta motora, así como los signos físicos de ansiedad.

Actitud: La actitud del paciente hacia el examinador se describe en términos de: cooperador, amable, hostil, interesado, franco, o cualquier otro adjetivo que pueda ser útil. Se debe consignar el nivel de contacto que se consigue establecer.

b.- Humor y afectividad

Humor: se define como la emoción persistente y constante que exhibe la percepción del mundo del paciente

Afecto: es la respuesta emocional del paciente en el momento presente, incluida la cantidad y el rango de conducta expresiva.

Grado de adecuación al afecto: es el grado de adecuación de las respuestas emocionales del paciente en el contexto del tema que se está comentando.

c- Características del lenguaje

Se describen las características físicas del lenguaje, en cuanto a cantidad, tasa de producción y cualidad.

d.- Percepción

Se debe consignar cualquier alteración sensoperceptiva, describiendo cuál es el sentido afectado y el contenido de la experiencia alucinatoria o ilusoria. También

son importantes las circunstancias que ocurren en la experiencia alucinatoria y el momento preciso en que ocurren.

e.- Contenido del pensamiento y tendencias mentales

Proceso del pensamiento: Se refiere a la forma del pensar, puede mostrar sobreabundancia como pobreza de ideas, deben consignarse las asociaciones de ideas y la continuidad de ellas.

Contenido del pensamiento: Se deben pesquisar alteraciones de contenido, como delirios, obsesiones, fobias, planes, intenciones, ideas recurrentes, etc.

f.- Sensorio y cognición

Conciencia: se refiere a la capacidad de darse cuenta de sí mismo y del entorno. Es muy importante su exploración porque influye considerablemente en el resto del examen mental.

Orientación y memoria: se debe explorar la orientación temporal, espacial, la orientación auto y alopsíquica. Se debe investigar sobre la memoria remota, reciente, de fijación y sus alteraciones.

Concentración y atención: se refiere al esfuerzo en centrase en una determinada parte de la experiencia y la concentración.

Pensamiento abstracto: capacidad para manejar conceptos, se utilizan test de similitudes, diferencias y refranes.

Información e inteligencia: se utiliza test como el mini mental para objetivar este punto.

g.- Impulsividad

Se evalúa el control de los impulsos, para asegurarse de que reconoce las conductas sociales básicas.

h.- Juicio e introspección

El juicio se refiere a la capacidad del paciente de medir las consecuencias de sus actos y la introspección es el grado de conciencia y de comprensión del paciente sobre el hecho de sentirse enfermo.

i.- Fiabilidad

El psicólogo o psiquiatra debe consignar su impresión sobre la veracidad y la sinceridad del paciente durante la entrevista. Con la valoración del estado mental obtenemos entonces una imagen precisa del estado emocional, funcionamiento y capacidad mental del paciente.

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Físicas y psicométricas: test psicológicos, neurológicos o de laboratorio según estén indicadas: electroencefalograma, imagen de tomografía computada, resonancia magnética, test para establecer o descartar otras enfermedades, test de escritura y de comprensión de la lectura, test de afasia, test de proyección psicológica, análisis de orina por probable intoxicación, etc.

4. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Una vez recogida y ordenada la exhaustiva información aportada por la anamnesis, las pruebas psicológicas y somáticas y por la exploración

psicopatológica, debemos "comprender, explicar, analizar e interpretar" para establecer un diagnóstico inicial; de ahí que no seamos concluyentes, puesto que dependiendo de la evolución posterior del paciente se podrá modificar para encaminarnos a la elaboración de un diagnóstico definitivo. Asimismo, en ocasiones nos enfrentamos a la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial entre dos o tres orientaciones diagnósticas debido a la complejidad de la sintomatología, que se confirmarán con el paso del tiempo y las posteriores revisiones. En el caso de que haya habido hospitalizaciones previas, no debemos circunscribirnos exclusivamente al diagnóstico inicial sino que se debe analizar cuidadosamente el episodio actual para evaluar si se trata o no de la misma sintomatología o bien corresponde a un nuevo diagnóstico al que debemos realizar una modificación en su tratamiento de base.

5.- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se reflejará el tratamiento administrado al paciente y el consecuente proceso evolutivo. En las sucesivas entrevistas debe valorarse si la respuesta terapéutica es favorable o no, si precisa sustitución de fármacos, si aparecen o no efectos secundarios o desfavorables y la intensidad de los mismos.

6.- PRONÓSTICO

No en todas las historias clínicas se hace alusión a este apartado, sobre todo si es de poco tiempo. En algunas situaciones es importante hacerlo constar cuando el paciente lleva largo tiempo bajo nuestra supervisión, lo conocemos a fondo, ya que dependerá entre otras cosas de la intensidad y evolución de la enfermedad y del apoyo socio-familiar que dispone el paciente.

CONSIDERACIONES PARA ELABORAR LA HISTORIA CLÍNICA

En cuanto a la forma de realizar la historia, el paciente no debe sentir que se encuentra frente a un interrogatorio al que debe contestar de la forma más satisfactoria posible para quedar bien, no debe sentirse acosado, sino que hay que dejarle que en determinados momentos se exprese libremente; en cambio en otros, incidir sutilmente para que se centre en los objetivos de interés. Nuestra actitud como psicólogos o psiquiatras no debe caer en la "camaradería", sino que debe fusionarse la cordialidad y compresión con cierto matiz de distanciamiento adecuándolo a cada tipo de paciente; de este modo unas veces adoptaremos una posición directiva, ordenando la información de acuerdo a nuestros conocimientos y otras seremos más liberales y flexibles; no se trata de una contrariedad sino de dos posturas o actitudes complementarias. El lenguaje debe ser sencillo y asequible para que nos entienda, olvidándonos de los tecnicismos que pueden confundir al paciente. Por ejemplo, a la hora de establecer el diagnóstico, que es cuando se utilizan términos académicos, se debe explicar la denominación de su enfermedad, en qué consisten los síntomas y su posible evolución, para que el paciente no lo vivencie como acusación, principalmente en aquéllas situaciones en que es difícil que tomen conciencia de enfermedad. En ocasiones el paciente puede distorsionar voluntaria o involuntariamente la información que recogemos en su historia, omitir sucesos importantes, alterar la cronología de los mismos, etc., para ello es fundamental contrastar con algún familiar o cónyuge los datos obtenidos[55].

[55] Guía para el Diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico BALAREZO Ch, S MANCHENO D. Quito- Ecuador 2004, Unigraf.

MATERIAL 3:

El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit

El Zarit Burden Inventory, es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Aunque no es el único que se ha empleado para cuantificar el grado de sobrecarga, sí es el más utilizado, y se dispone de versiones validadas en inglés, francés, alemán, sueco, danés, portugués, español, chino, japonés, etc. La versión original en inglés, que tiene *copyright* desde 1983, consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos. Con una puntuación ≤ 46 «no hay sobrecarga», con 47-55 hay «sobrecarga leve» y ≥ 56 implica una «sobrecarga intensa»[56].

Esta herramienta presenta gran confiabilidad inter-observador (coeficiente de correlación intraclase (CCI) 0,71 en su estudio original, y 0,71-0,85 en validaciones internacionales), consistencia interna (alfa de Cronbach 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93 en varios países). Ha demostrado también gran validez de apariencia, contenido y constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas. En validez de criterio, EZ muestra alta correlación con instrumentos afines (r =0,71 con Índice Global de Carga; r =0,41 con Inventario Breve de

[56] El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo, Lourdes Muñoz' Barcelona nov.-dic 2008, Gac Sanit v.22 n.6

Síntomas). También se relaciona estrechamente con detección de otras patologías, principalmente en salud mental. Se estima 20,7% de trastornos mentales en cuidadores, siendo EZ capaz de discriminar distrés psíquico con una sensibilidad de 93% y especificidad de 80%.

Más aún, el análisis factorial de las dimensiones que incorpora EZ, permite caracterizar dinámicas socioculturales de la población sobre la que se aplica, siendo útil en la programación de intervenciones[57].

[57] Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada, Hayo Breinbauer Ka, Hugo Vásquez Va, Sebastián MayanzSa, Claudia Guerra, Teresa Millán K1, RevMéd Chile ,2009, V 137: pag 657-665.

MATERIAL 4:

ESCALA DE ANSIEDAD HAMILTON (HAM-A)

La Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se resumieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales" en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia)[58].

Se trata de una escala hetero aplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja

[58] Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32:50-55.

un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am.

INTERPRETACIÓN

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma, resultando útil la puntuación de las subescalas.

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable. Caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Se ha sugerido (Bech y cols) que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente. Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). Kobak propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta. En ensayos clínicos se han utilizado como criterios de inclusión valores muy dispares, oscilando entre 12 y 30 puntos. Beneke utilizó esta escala para valorar ansiedad en pacientes con otras patologías concomitantes (depresión, psicosis, neurosis, desórdenes orgánicos y psicosomáticos) obteniendo puntuaciones medias similares en todos ellos, con una media, considerando todas las situaciones, de alrededor de 25 puntos.

A pesar de haberse utilizado en numerosos estudios clínicos como medida de ansiedad generalizada, no se centra en los síntomas de ésta, tal y como se contemplan en el DSM-IV. Los síntomas clave de los desórdenes de ansiedad

generalizada reciben menos prominencia que los síntomas fóbicos y los referentes a excitación del sistema autonómico, que durante tiempo no han formado parte de la definición de ansiedad generalizada, están excesivamente considerados. Inicialmente se concibió para valoración de “neurosis de ansiedad”, pero a lo largo del tiempo este concepto ha evolucionado, hablándose hoy en día de “desorden de pánico”, “desorden fóbico” y “ansiedad generalizada”, entre otros. En la práctica clínica muchas veces es difícil distinguir entre ansiedad y depresión, ya que algunos síntomas se superponen, por otra parte muchos estados depresivos cursan con ansiedad. Según Hamilton en estos casos no debería utilizarse la escala, aunque algunos autores sugieren que la subescala de ansiedad somática puede utilizarse para valorar el grado de ansiedad en pacientes depresivos, así como la respuesta al tratamiento ansiolítico y antidepresivo. No obstante ha demostrado su validez interobservador en pacientes con depresión.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada (r = 0,74 - 0,96). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana (r = 0,96) y aceptable estabilidad después de un año (r = 0,64).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi (r = 0,63 – 0,75)

y con el Inventario de Ansiedad de Beck (r = 0,56). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton (r = 0,62 – 0,73).

Es sensible al cambio tras el tratamiento[59].

MATERIAL 5:

ESCALA DE DEPRESIÓN HAMILTON (HAM-D)

La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, o HRSD) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 items, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 items. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 items, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967[60].

La versión de 21 items fue adaptada al castellano por Conde y cols en 1984, quien introdujo un item final para valoración de otros síntomas, por lo que consta de 22 items. Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 items.

[59] Hamilton, M. Diagnosis and rating of anxiety.In Studies of Anxiety, Lander, MH.Brit Psychiat Spec But 1969; 3:76-79.
[60] Hamilton M. Rating scale for depression.J NeurolNeurosurg Psychiatry 1960; 23: 56-62.

En su versión original es una escala heteroaplicada y calificada por el observador y no un listado de comprobación de síntomas en el que cada item tiene una definición estricta. Debe ser cumplimentada por un terapeuta experimentado al final de una entrevista clínica que, al menos en la primera evaluación, debería ser poco dirigida; en ella puede recabarse información adicional de personas allegadas al paciente. Cada item se evalúa con un baremo de 3 (ausente, dudoso o trivial, presente) o 5 posibilidades (ausente, dudoso o trivial, leve, moderado, grave), en función de la intensidad de los síntomas que presenta el paciente, los criterios de puntuación de los items están poco especificados, contando sólo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa.

De los 21 items de la versión original, cuatro no están relacionados con la intensidad de la alteración del estado de ánimo (variación diurna, despersonalización, pensamiento paranoide y síntomas obsesivo-compulsivos), pero pueden ser utilizables en circunstancias especiales. La adaptación al castellano de Conde y Franch mantiene estos cuatro items, y añade un quinto referido a “Otros síntomas”. Tiene, además, dos peculiaridades no explicadas: en el item 9 (Agitación) mantiene el rango de valoración de la versión inicial de la escala, que es de 0-2, rango que Hamilton modifica en la versión de 1967, ampliándolo a 0-4; y en el item 14 (Síntomas genitales) añade un tercer nivel de valoración (“Incapacitante”), con lo que este item pasa a tener un rango de 0-3, frente al rango 0-2 de las versiones originales de la escala.

La versión de 17 items, o versión americana por haber sido recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, omite estos cuatro

items y sistematiza los criterios de evaluación de cada item al modo de un listado de comprobación de síntomas, en un esfuerzo por mejorar su definición.

Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son:

- Índice de melancolía, formado por los items 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales).

- Índice de ansiedad, formado por los items 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática).

- Índice de alteraciones del sueño, formado por los tres items referidos a insomnio (4, 5, 6).

INTERPRETACIÓN

Cada item se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los items, con la salvedad de que en la versión de 21 items el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los 17 primeros items. Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos.

En sentido estricto no tiene puntos de corte, ya que es una escala que no tiene finalidad diagnóstica y su utilidad se centra en “cuantificar” la sintomatología depresiva en pacientes ya diagnosticados de depresión. Como criterio de inclusión en ensayos clínicos se suele aceptar los puntos de corte ≥ 139 o ≥ 1810,11, en dependencia de los objetivos del estudio. A efectos de categorizar la intensidad / severidad del trastorno depresivo existen distintas propuestas, de las que recogemos las siguientes:

Vázquez C. (1995)12		Bech P. (1996)8	
0-6	Sin Depresión	0-7	Sin Depresión
7-17	Depresión ligera	8-12	Depresión menor
18-24	Depresión moderada	13-17	Menos que Depresión mayor
25-52	Depresión grave	18-29	Depresión mayor
		30-52	Más que Depresión mayor

Dentro de la puntuación total, pueden desagregarse las puntuaciones parciales correspondientes a los factores en ella identificados. Entre ellos, el mejor establecido es el ya citado índice de melancolía, que cuantifica los items más directamente relacionados con la alteración del estado de ánimo, y para el que Bech P. propone los siguientes puntos de corte13:

0 – 3	No depresión
4 – 8	Depresión menor
≥ 9	Depresión mayor

Un segundo índice útil para evaluar los cambios en el perfil sintomático del cuadro depresivo es el índice “ansiedad / somatización” (formado por los items 10, 11,

12, 13, 15, y 17), que cuantifica los niveles de ansiedad, considerados altos a partir de una puntuación ≥ 7 11,14.

Para evaluar los cambios en la evolución del cuadro clínico se comparan los resultados pre-tratamiento con los obtenidos en visitas posteriores. En los ensayos clínicos el criterio más usualmente utilizado para definir la respuesta terapéutica es la reducción del 50 % en la puntuación post-tratamiento en relación a la puntuación basal o inicial 15; la remisión se define por una puntuación post-tratamiento ≤ 7 / ≤ 8 14,16.

Se ha cuestionado su validez de contenido, por el escaso peso que en ella tienen los síntomas directamente relacionados con la alteración del estado de ánimo y por la presencia de items cuya relación con la depresión es cuestionable, (por ej, la falta de insight). El elevado peso que tienen en la puntuación final los síntomas somáticos puede prestarse a confusión en pacientes geriátricos o en pacientes con enfermedad física concomitante, y algunos síntomas (insomnio, pérdida de peso, problemas gastrointestinales, disminución de la líbido,...) pueden verse influenciados por los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos u otra medicación concomitante. Su validez para distinguir entre depresión y ansiedad como dimensiones psicopatológicas independientes es escasa20. También se ha señalado su menor sensibilidad para apreciar cambios en los pacientes graves, en los que podría ser más adecuada la escala de Montgomery-Asberg.

Requiere una estandarización previa, ya que los criterios de evaluación de cada item no se especifican de forma detallada, y presenta también dificultades en diferenciar intensidad y frecuencia en algunos items. Esto ha dado origen a numerosas versiones o adaptaciones que han generado cierta confusión sobre su empleo.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

En sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92, según estudios). El coeficiente de correlación intraclases es de 0,92 en un estudio llevado a cabo por Pott. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9.

Validez:

Su correlación con otros instrumentos de valoración global dela depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de Sintomatología Depresiva y l Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0.

Su validez no es la misma en todas las poblaciones, siendo menor en pacientes de edad elevada por el elevado peso de los síntomas somáticos, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características, tales como pacientes alcohólicos y pacientes con demencia, y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica.

Posee buena sensibilidad para detectar cambios en el estado clínico del paciente depresivo en relación al tratamiento, aunque se ha sugerido que sería más sensible a los cambios acontecidos en los síntomas de ansiedad que en los de depresión. Similares resultados se han obtenido en el estudio de validación de la versión española.

El índice de melancolía, o subescala formada por los items arriba citados, ha mostrado una muy estrecha correlación con la versión completa de la escala, y una sensibilidad al cambio terapéutico similar a ésta y similar también a la escala de Montgomery-Asberg[61].

[61] Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J SocClinPsychol 1967; 6: 278-296.

MATERIAL 6:

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI

En el modelo integrativo la Personalidad es "una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual".

De este modo tomamos como ejes básicos del comportamiento humano, la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales. Todas las personas poseen las cuatros áreas básicas de la personalidad y las diferencias individuales se marcarían por la expresión de los rasgos con una inclinación señalada hacia alguno de los componentes y déficits en otros. Es por ello que se elabora el Cuestionario de Personalidad SEAPSI para identificar los principales rasgos de personalidad, el cual cuenta con un numero de 90 preguntas las mismas que están distribuidas de 10 en 10, dependiendo al grupo de características de predominio, ya sean afectiva (Histriónica, Ciclotímica): Cognitiva (Anancastica, Paranoide); Comportamental (Inestable, TPD) y Déficit Relacional (Esquizoide, Dependiente, Evitativa). Las puntuaciones se suman y el grupo de características de mayor predominio, será el tipo de personalidad resultante[62].

Es un instrumento estructurado y validado por el doctor Lucio Balarezo Chiriboga referente de Psicología Clínica a nivel nacional e internacional;instrumento que se utiliza en la Universidad nacional de Loja hace varios años dando buenos resultados válidos y fiables.

[62] PSICOTERAPIA INTEGRATIVA FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD; Lucio BalarezoChiriboga ; Quito- Ecuador 2010, UNIGRAF, 1era Edición.

6. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO:

Recursos humanos:

- Investigador: Luis Eduardo Vásquez Jaramillo.
- Director de Tesis.
- Pacientes con enfermedades Crónico-Degenerativas atendidos por la Unidad de Medicina Familiar.
- Familiares al Cuidado de pacientes enfermedades Crónico-Degenerativas.
- Equipo de Medicina Familiar.
- Apoyo por parte: Dra. Lupe Machado, Dra. Patricia Montalván, Dr. Efraín Muñoz.

Recursos Institucionales:

- Universidad nacional de Loja.
- Área de la Salud Humana.
- Hospital “Manuel Ignacio Monteros Valdivieso” IESS-Loja.
- Unidad de Medicina Familiar.

Recursos materiales:

ACTIVIDADES	**PRESUPUESTO**
Material Bibliográfico	700
Copias	120
Impresiones	240
Anillados y empastado	120
Materiales de escritorio	50
Gestiones presupuestarias en trámites y permisos correspondientes	60
Transporte	250
Gastos adicionales	150
TOTAL:	1690

FINANCIAMIENTO:

La presente Investigación está financiada en su totalidad por el Investigador.

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	PERIODO					
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Presentación y aprobación del proyecto.	X	XXX	XXXX	XXXX		
Recolección de información			XXXX	XXXX	X	
Análisis e interpretación de resultados					XX	
Conclusiones					XX	
Recomendaciones					X	
Propuesta de intervención					XXX	
Presentación del borrador						XX
Sustentación pública y graduación.						XX

ÍNDICE

Preliminares **Nº. Págs.**

PORTADA ..... **I**

CERTIFICACIÓN..... **II**

AUTORÍA..... III

CARTA DE AUTORIZACIÓN.....IV

DEDICATORIA ..... **V**

AGRADECIMIENTO..... **VI**

TABLA DE CONTENIDOS ..... **VII**

Contenidos **Nº. Págs.**

1. TÍTULO.....**1**

2. RESUMEN.....**2**

ABSTRACT

3. INTRODUCCIÓN.....**4**

4. REVISIÓN DE LITERATURA.....**8**

CAPÍTULO I: SÍNDROME DEL CUIDADOR

1.1. El Cuidado.....**8**

1.2. Tipos de Cuidados.....**9**

1.2.1 Cuidado Formal.....**9**

1.2.2 Cuidado Informal o Familiar.....**9**

1.2.1.1 Responsabilidades de ser Cuidadora Familiar.....**11**

1.3 Pautas para el diagnóstico del Síndrome de Sobrecarga del cuidador.....**12**

1.4 Síndrome de Sobrecarga del Cuidador.....**13**

1.4.1 Dimensiones de la Sobrecarga.....**14**

1.5 Afrontamiento.....**16**

Capitulo II **ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS**

2.1 Enfermedades Crónico Degenerativas y Cuidado.....**19**
2.2 Situación de las Enfermedades crónicas no Transmisibles en Ecuador....**21**
2.3 Enfermedades Crónico Degenerativas encontradas en el Hospital del IESS-LOJA.....**23**
2.3.1 Diabetes Mellitus tipo 2.....**23**
2.3.2 Hipertensión Arterial.....**26**
2.3.3 Enfermedad Cerebrovascular.....**29**
2.3.4 Cáncer.....**31**
2.3.5 Demencia tipo Alzheimer.....**37**
2.3.6 Gangrena de Fournier.....**39**
2.3.7 Enfisema Pulmonar.....**41**
2.3.8 Distrofia Muscular Miotónica de Steinert.....**43**

5. MATERIALES Y MÉTODOS.....**45**

6. RESULTADOS.....**54**

7. DISCUSIÓN.....**71**

8. CONCLUSIONES.....**74**

9. RECOMENDACIONES.....**76**

10. PLAN TERAPÉUTICO.....**78**

11. BIBLIOGRAFÍA.....**104**

12. ANEXOS.....**111**

13. ÍNDICE.....**175**