



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
NIVEL DE PREGRADO

“ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LOS FAMILIARES CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD (FISICA, INTELECTUAL Y MENTAL) QUE ACUDEN AL ÁREA DE SALUD N°3 DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO 2016”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA

JIMENA PATRICIA LUZURIAGA BONILLA

DIRECTOR

DR. GERMÁN ALEJANDRO VELEZ REYES, Mg.Sc.

1859

LOJA-ECUADOR

2017



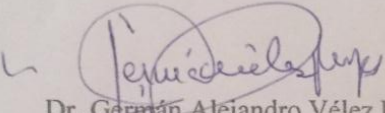
CERTIFICACIÓN

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg.Sc.
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA

Que el presente trabajo de investigación denominado “**ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LOS FAMILIARES CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD (FISICA, INTELECTUAL Y MENTAL), QUE ACUDEN AL ÁREA DE SALUD N°3 DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO 2016**”, realizado por la Srta. Egresada de la carrera de Psicología Clínica **JIMENA PATRICIA LUZURIAGA BONILLA**; ha sido elaborado y monitoreado bajo mi dirección, y cumple con los requerimientos legales establecidos en la Universidad Nacional de Loja, tanto en el aspecto de forma y contenido, por lo que me permito autorizar la presentación del mismo ante el organismo competente para continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente



Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

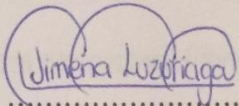
Yo, **Jimena Patricia Luzuriaga Bonilla**, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Fecha: 13 de Febrero de 2017

Autora: Jimena Patricia Luzuriaga Bonilla

Cédula: 1105020257

Firma: 

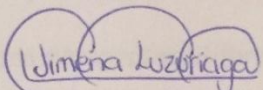
Firma:

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Jimena Patricia Luzuriaga Bonilla**, declaro ser la autora de la tesis titulada **ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LOS FAMILIARES CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD (FISICA, INTELECTUAL Y MENTAL), QUE ACUDEN AL ÁREA DE SALUD N°3 DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO 2016**, como requisito para optar por el grado de Psicóloga Clínica, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual, 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 o a nivel internacional, con los cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los trece días del mes de Febrero del dos mil diecisiete, firmo como autora.

Firma: 

Firma:

Autora: Jimena Patricia Luzuriaga Bonilla

Cédula N°: 1105020257

Dirección: Cdla. Pio Jaramillo calles Shirys y Salasacas N° de casa 27-39

Correo Electrónico: patricialuzuriaga@yahoo.com

Teléfono: 072564278/ 0996387264

Datos Complementarios

Director de Tesis: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg.Sc.

TRIBUNAL DE GRADO

Presidente/a: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero

Primer Vocal: Dra. María Susana González García

Segundo Vocal: Psic. Clin. Karina Cecibel Flores Flores

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado a los familiares cuidadores de personas con discapacidad de mi país ya que son ellos y las personas que presentan algún tipo de discapacidad quienes inspiran la construcción de una sociedad equitativa, solidaria, y sobre todo incluyente.

A Dios por haberme permitido culminar mi carrera y siempre demostrarme que no es el tiempo en el que yo deseo las cosas sino que su tiempo es perfecto.

A mi familia quienes son fuente de inspiración para superar cada adversidad; de manera especial a mi madre Sandra y a mi mamita Betty por haber sido siempre el pilar fundamental de mi vida, por haberme apoyado a lo largo de las distintas etapas de mi vida con sabios consejos, valores y por el cariño que me brindan a diario a mí y a mi hija.

A mi pequeña hija Paulina Velepucha Luzuriaga, que me ha enseñado a mirar la vida desde una perspectiva diferente, mi reina me has brindado el amor más puro y sincero y me has enseñado lo maravilloso que es ser madre, y por primera vez sentir lo hermoso que es mirarte y saber que eres un pedacito de mí convertido en la ternura que refleja tu mirada.

JIMENA LUZURIAGA B.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a mi familia especialmente a mi madre, a mi abuelita, a mi hermana quienes me brindaron su apoyo en el trayecto de mi carrera universitaria y fueron el motor e impulso para continuar cada día.

A hija Paulina y a su papi Bryan Paul que son la mayor bendición en mi vida ya que con su ternura, amor, apoyo, paciencia, y con unas palabras de aliento me brindaron todas las fuerzas necesarias para no detenerme nunca y seguir luchando por nuestro futuro.

A mis amistades ya que a más que habernos formado juntos como profesionales, hemos creado lazos estrechos como es el ser hermanos de corazón, gracias por tantas vivencias que hoy quedan en mi memoria y las atesoraré para siempre.

Al Dr. Germán Vélez Reyes por haberme guiado y asesorado en el desarrollo de mi trabajo de investigación y por la paciencia para enseñarme a detalle el enfoque adecuado para el desarrollo de la misma.

A las Autoridades y Educadores de la Universidad Nacional de Loja por haberme impartido educación de calidad y haber compartido su conocimiento conmigo y por la manera como siempre nos incentivaron a trabajar en pro de la comunidad.

Finalmente gracias al Director del Centro de Salud N°3 al Dr. Miguel Morocho y al personal de Salud que labora en el establecimiento por haberme brindado el espacio para poder desarrollar el presente trabajo investigativo, especialmente a la Psicóloga Clínica Sarita Ayora Cevallos por haber sido una guía en mi formación pre-profesional y haber compartido conmigo sus amplios conocimientos que de seguro me servirán mucho en mi ejercicio profesional.

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
a. TITULO:	1
b. RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LA LITERATURA	8
1. DISCAPACIDAD.....	8
1.1 Que es la Discapacidad.....	8
1.2 Grados de Discapacidad	8
1.3 Tipos de Discapacidad	9
1.3.1 Discapacidad Física.....	9
1.3.1.1 Tipos de Discapacidad Física.....	10
1.3.1.1.1 Discapacidad del Sistema Musculo Esquelético	11
1.3.1.1.2 Discapacidad del Aparato Respiratorio	11
1.3.1.1.3 Discapacidad del Sistema Cardiovascular.....	12
1.3.1.1.4 Discapacidad del Sistema Hematopoyético.....	12
1.3.1.1.5 Discapacidad del Sistema Digestivo	12
1.3.1.1.6 Discapacidad del Sistema Genitourinario.....	13
1.3.1.1.7 Discapacidad del Sistema Endocrino.....	13
1.3.1.1.8 Discapacidad de la Piel y Anejos	13
1.3.1.1.9 Discapacidad de Neoplasias.....	13
1.3.1.1.10 Discapacidad del Aparato Visual.....	13
1.3.1.1.11 Discapacidad del Oído, Garganta y Estructuras Relacionadas.....	14
1.3.1.1.12 Discapacidad del Lenguaje	14
1.3.2 Discapacidad Intelectual	14
1.3.2.1 Tipos de Discapacidad Intelectual	16

1.3.2.1.1	Retraso Mental Leve	16
1.3.2.1.2	Retraso Mental Moderado	16
1.3.2.1.3	Retraso Mental Grave	18
1.3.2.1.4	Retraso Mental Profundo	18
1.3.2.1.5	Síndrome de Down.....	18
1.3.2.1.6	Autismo	18
1.3.3	Discapacidad Mental (Psicosocial)	19
1.3.3.1	Tipos de Discapacidad Mental	19
1.3.3.1.1	Trastornos Mentales Orgánicos.....	22
1.3.3.1.2	Esquizofrenia	23
1.3.3.1.3	Trastornos Psicóticos.....	23
1.3.3.1.4	Trastornos del estado de ánimo	23
1.3.3.1.5	Trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos	23
2.	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) SECUNDARIOS AL CUIDADO.....	24
2.1.	Ansiedad	24
2.1.1	Clínica de la ansiedad	25
2.1.1.1	Manifestaciones Psíquicas y Conductuales	25
2.1.1.2	Manifestaciones Físicas.....	25
2.1.2	Tipos de Cuadros Ansiosos	26
2.1.2.1	Trastorno de Pánico	26
2.1.2.1.1	Manifestaciones Clínicas	27
2.1.2.2	Trastorno de Ansiedad Generalizada	27
2.1.2.2.1	Curso evolutivo	27
2.1.2.2.2	Manifestaciones Clínicas	28
2.1.2.3	Trastorno de Ansiedad Fóbica	28
3.	FAMILIARES CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	29
3.1	Cuidado de personas con discapacidad	29
3.1.1	Definición de cuidado y cuidador	29
3.1.2	Funciones de un cuidador/a de personas con discapacidad	30
3.1.3	Tipos de Cuidadores.....	31
3.1.3.1	Cuidador primario.....	31
3.1.3.1.1	Características del cuidador primario	31
3.1.3.2	Cuidador secundario	33
3.1.3.3	Cuidador terciario	33

3.1.4	Definición de carga en cuidadores.....	33
3.1.4.1	El cuidado y su efecto en el cuidador.....	34
3.1.4.2	Síndrome de Desgaste en el Cuidador Primario	35
3.1.4.3	Señales de Desgaste Físico en Cuidadores	36
3.1.4.4	Señales de Desgaste Emocional en Cuidadores.....	36
e.	MATERIALES Y MÉTODOS	38
f.	RESULTADOS	45
g.	DISCUSIÓN	58
h.	CONCLUSIONES	62
i.	RECOMENDACIONES	63
	PLAN PSICOTERAPÉUTICO	65
	Tema:.....	65
	Presentación:	65
	Justificación:.....	65
	Metodología.....	65
	Objetivos.....	66
	ACTIVIDADES.....	66
j.	BIBLIOGRAFÍA	79
k.	ANEXOS	82

a. TÍTULO:

“ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LOS FAMILIARES CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD (FISICA, INTELECTUAL Y MENTAL) QUE ACUDEN AL ÁREA DE SALUD N°3 DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO 2016”

b. RESUMEN

El cuidado informal de una persona con discapacidad se ha convertido en un proceso social decisivo en la vida del cuidador y del paciente cuidado, hoy por hoy se reconoce la relevancia social incuestionable que esta problemática tiene, más aún cuando el cuidado es por tiempo prolongado y se presentan consecuencias en la salud física y emocional del cuidador; siendo así la presente investigación titulada “Ansiedad y su relación con síntomas somáticos en familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad física, intelectual y mental” se plantea como objetivo general evaluar Ansiedad y establecer la relación con síntomas somáticos en familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad física, intelectual y mental; como objetivos específicos identificar ansiedad, evaluar sintomatología somática y finalmente establecer la relación entre estas dos variables. El estudio tuvo un enfoque cuali-cuantitativo, de corte transversal, y contó con la participación de 60 familiares cuidadores; se basó en la aplicación de los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad de Hamilton, Encuesta y entrevista semi-estructuradas para obtener datos de las variables tiempo de cuidado en años, edad y género del cuidador, parentesco, tipo y grado de discapacidad del familiar que cuidan. Los resultados arrojados muestran que el 100% de cuidadores presentan ansiedad; de los cuales el 46,66% presentan ansiedad grave, así mismo el 100% de los participantes presenta síntomas a nivel somático entre los que se encuentran: cefalea tensional, gastritis, dolores musculares, sensación de debilidad, rigidez muscular, visión borrosa, taquicardia, diaforesis entre otras, el 43,33% de cuidadores experimentan esos síntomas con una intensidad elevada y media; pudiendo concluir así que existe relación directa entre tiempo de cuidado, manifestaciones de Ansiedad y presencia de síntomas somáticos en los cuidadores primarios.

Palabras Clave: Discapacidad, Tipos de Discapacidad, Ansiedad, Síntomas Somáticos, Cuidador.

ABSTRACT

The informal care of a person with a disability has become a decisive social process in the life of a caregiver and in patient care. But today the unquestionable social relevance has been recognized, especially when it has been changing the family dynamics and the interpersonal development of the caregiver for such a long time and some consequences are presented on the physical and emotional health of the caregiver. That is why this research is entitled as: **"Anxiety and its relationship with somatic symptoms in primary caregivers of patients with physical, intellectual and mental disability"** As a general objective is proposed: to evaluate the anxiety and to be able to establish the relationship with somatic symptoms in primary caregivers of patients with physical, intellectual and mental disabilities. As specific objectives are: to identify anxiety, evaluate somatic symptoms, and to establish the relationship between these two variables. The study had a qualitative, cross-sectional approach, with the participation of 60 family caregivers. It was based on the application of instruments such as: the Hamilton Anxiety Scale, the Semi-structured survey, to obtain data on caregiving variables in the caregiver's years, age and gender, kinship, type and degree of disability of the caregiver. The results show that 100% of caregivers present anxiety; from these, 46.66% have severe anxiety, and 100% of the participants present symptoms at a somatic level, such as: tension headache, gastritis, muscular pains, feeling of weakness, muscle stiffness, blurred vision, tachycardia, diaphoresis, among others. 43.33% of caregivers felt these symptoms with high and medium intensity; In conclusion, there is a direct relationship between care time, manifestations of anxiety and the presence of somatic symptoms in primary.

Keywords: Disability, Types of Disability, Anxiety, Somatic Symptoms, Caregiver.

c. INTRODUCCIÓN

En los últimos años el aumento de la prevalencia de discapacidad a nivel mundial, se ha venido observando a causa de múltiples factores como el envejecimiento, accidentes, padecimiento de enfermedades etc., que causan incapacidad para el desenvolvimiento normal en las actividades de la vida diaria de una persona; según el Informe Mundial sobre la Discapacidad, se estima que existe un considerable número de personas con discapacidad, que representa alrededor del 15% de la población general. “La Encuesta Mundial de Salud, registró en el 2011 cerca de 785 millones de personas que presentan algún tipo de discapacidad (15,6%)” (CONADIS C. N., 2013).

En Ecuador un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública (Agosto 2015), arroja un registro total de 401.538 personas con discapacidad, encontrándose los porcentajes más altos en las provincias de Guayas (23,42%), Pichincha (14,97%), Manabí (10,97%) y Azuay (6,90%), en donde el 48% de personas con discapacidad presentan una discapacidad física, seguido de un 22% que presentan una discapacidad intelectual, un 13% discapacidad auditiva, un 12% presenta discapacidad visual, y finalmente el 2 % presenta discapacidad psicológica o psicosocial.

A nivel de la provincia de Loja según el informe del MSP (Agosto 2015), el número de casos detectados con algún tipo de discapacidad son 14.211 que representa un 3,53% de la población con discapacidad a nivel nacional.

Las estadísticas plasmadas dan a conocer que el alarmante aumento de la discapacidad no es el único problema, sino que reflejan la necesidad de ayuda de un cuidador para la realización de actividades de autocuidado y de la vida diaria que incluyen: alimentarse, vestirse, bañarse, cepillarse los dientes, comunicarse, trasladarse, evitar riesgos, etc.

Existen dos tipos de cuidadores; formales e informales, que pueden brindar asistencia a los pacientes con discapacidad, los cuidadores informales o también llamados cuidadores

primarios en su mayoría son familiares, que tienen un elevado grado de compromiso y responsabilidad con la persona que cuidan, el cuidado se realiza en el hogar, y se caracteriza por un lazo de afecto en el trato a su familiar con discapacidad, provisión de una atención sin límites, adopción de nuevos estilos de vida asumiendo nuevas actividades que le permitan cubrir tanto con sus necesidades como las de la persona que se encuentra bajo su cuidado.

Por lo general los cuidadores se encuentran inmersos en múltiples demandas que muchas de las veces aumentan frente a la incertidumbre de la situación de enfermedad de la persona que está bajo su cuidado, adquieren una sobrecarga objetiva o subjetiva o a veces las dos; dentro de la sobrecarga objetiva se encuentran las manifestaciones a nivel somático como: cefaleas, diaforesis, tensión muscular, falta de concentración en el desempeño de algunas actividades de la vida cotidiana; en cambio la sobrecarga subjetiva viene a representar el plano de los sentimientos y pensamientos del cuidador; es decir las emociones que le provocan la labor del cuidado, algunas manifestaciones son las perturbaciones a nivel psicológico como: ansiedad, preocupación sostenida, tristeza, desesperación, enojo, agotamiento, sensación de debilidad etc.; todo esto se convierte en una carga emocional para el cuidador y afecta sus áreas de funcionamiento interpersonal, laboral, y familiar.

En base a la realidad que se evidencia en nuestra sociedad, es que se plantea la presente investigación denominada “Ansiedad y su relación con síntomas somáticos en los familiares cuidadores de pacientes con discapacidad física, intelectual y mental que acuden al Área de Salud N°3 de la ciudad de Loja periodo 2016” que se planteó como objetivo general el evaluar ansiedad y su relación con síntomas somáticos en los familiares cuidadores de pacientes con discapacidad física, intelectual y mental; y como objetivos específicos evaluar ansiedad, evaluar sintomatología somática, establecer la relación entre ansiedad y síntomas somáticos y finalmente diseñar una propuesta psicoterapéutica basada en los resultados de la

investigación, que contribuya a mejorar la calidad de vida del paciente con discapacidad y su familiar cuidador.

El presente trabajo se enmarcó en una metodología basada en una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal y de abordaje cuali-cuantitativo, que permitió la descripción e interpretación de los datos así como un análisis estadístico de los resultados obtenidos de la aplicación de instrumentos.

En lo que respecta a la población investigada, se contó con la participación de 60 familiares cuidadores de pacientes con discapacidad física, intelectual, y mental que acudieron al área de salud n°3 de la ciudad de Loja, a quienes se les aplicó los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), que permitió conocer la presencia de ansiedad y sus manifestaciones psíquicas y somáticas, de la misma manera se aplicó una encuesta semi-estructurada que permitió conocer el perfil del cuidador, tiempo de cuidado en años y horas, parentesco, edad, etc, con la finalidad de poder establecer la relación que existe entre estas variables y la presencia de Ansiedad y sintomatología somática.

La distribución de la temática de la investigación se realizó de la siguiente manera: en el capítulo uno encontramos concepto de Discapacidad, tipos y grados de discapacidad y normas que se utilizan en el proceso de valoración de discapacidad; en el capítulo dos se explican trastornos del humor que incluyen las manifestaciones de Ansiedad en sus diferentes categorías como Ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastornos fóbicos; finalmente en el tercer capítulo se encuentra todo lo que respecta a familiares cuidadores de pacientes con discapacidad, concepto de cuidado, tipos de cuidadores, consecuencias de un cuidado prolongado indicadores de desgaste físico y emocional en cuidadores.

En la parte final se encuentra un plan psicoterapéutico que está diseñado con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente con discapacidad y de su familiar cuidador mediante el uso de diferentes técnicas que contribuyan a disminuir sintomatología ansiosa y

permitan erradicar las percepciones erróneas que se puedan presentar durante la labor del cuidado en el familiar cuidador.

d. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. DISCAPACIDAD

1.1 Que es la Discapacidad

Al hablar de una persona con discapacidad significa que es una persona que tiene una limitación para realizar ciertas actividades cotidianas debido a alguna alteración en su funcionamiento como individuo ya sea esta física, mental, intelectual, psicológica o psicosocial.

La Organización Mundial de la Salud enuncia que la discapacidad es “compleja, dinámica, multidimensional, y objeto de discrepancia, es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano.” (OMS Y BM, 2011)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define a la discapacidad como un “término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación.” (OMS, 2011)

De acuerdo con el Artículo 6 de La Ley Orgánica de Discapacidades en el Ecuador se considera a una persona con Discapacidad a “toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera generado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria.” (CONADIS, 2014)

1.2 Grados de Discapacidad

De acuerdo al manual de valoración de situaciones de minusvalía existen 5 grados de Discapacidad (IMSERSO, 1999):

Grado 1: Discapacidad nula: Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria.

Grado 2: Discapacidad leve: Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica total de las mismas.

Grado 3: Discapacidad moderada: Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona, para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado.

Grado 4: Discapacidad grave: Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria (AVD), pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado.

Grado 5: Discapacidad muy grave: Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las Actividades de la vida diaria.

1.3 Tipos de Discapacidad

En el Ecuador de acuerdo al artículo 6 de la Ley Orgánica de Discapacidades, publicada en el registro oficial el 25 de septiembre de 2012; la tipología reconocida por el sistema único de calificación de discapacidad en el país corresponde a (Ley Orgánica de Discapacidades, 2012):

- Discapacidad Física
- Discapacidad Mental y Psicológica
- Discapacidad Intelectual
- Discapacidad Sensorial

1.3.1 Discapacidad Física

La discapacidad física hace referencia a aquellas personas con una discapacidad debida a una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano u otra estructura del

cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función cognitiva. (Rojo Rodes & Cirera Costa, 1997)

La discapacidad física hace referencia a deficiencias corporales y/o viscerales; que pueden ser evidentes (amputaciones, paraplejia, hemiparesia, etc.) o que al implicar daño y limitación en la función de órganos internos pueden ser imperceptibles, más ocasionan dificultad significativa o imposibilidad para caminar, correr, manipular objetos con las manos, subir o bajar gradas, levantarse, sentarse, mantener el equilibrio, controlar esfínteres, entre otros. (Ej. Fibrosis quística de pulmón, insuficiencia renal crónica terminal, epilepsia de difícil control, enfermedades cardiacas etc.). Las deficiencias que originan cualquier discapacidad física pueden ser:

- Genéticas: Son transmitidas de padres a hijos
- Congénitas: Se refiere a aquellas con las que nace un individuo y que no dependen de factores hereditarios, sino que se presentan por alteraciones durante la gestación
- Adquiridas: Ocasionadas por enfermedades producidas después del nacimiento, o por accidentes de tipo doméstico, de tránsito, violencia, laborales, etc. (CONADIS, 2012)

1.3.1.1 Tipos de Discapacidad Física

Las discapacidades físicas que se encuentran en el baremo de valoración de situaciones de minusvalía que permite realizar la calificación de discapacidad en el Ministerio de Salud Pública tenemos:

- Del Sistema Musculo Esquelético
- Del Sistema Nervioso
- Del Aparato Respiratorio
- Del Sistema Cardiovascular
- Del Sistema Hematopoyético
- Del Aparato Digestivo

- Del Aparato Genitourinario
- Del Sistema Endocrino
- De la Piel y Anejos
- Neoplasias
- Aparato Visual
- Oído, Garganta y Estructuras Relacionadas
- Lenguaje

1.3.1.1.1 Discapacidad del Sistema Musculo Esquelético

Al sistema musculo esquelético lo encontramos dividido en extremidades tanto superior como inferior y la columna vertebral. Y dentro de éste sistema para la debida calificación de discapacidad se evalúa amputación, restricción del movimiento, déficits sensoriales o motores, neuropatías periféricas y vasculopatías periféricas.

Dentro del miembro superior se evalúan las deficiencias permanentes en: pulgar, los otros dedos de la mano, la muñeca, el codo y el hombro.

En el miembro inferior se evalúan deficiencias en: pie, el retropié, el tobillo, la pierna, la rodilla y la cadera, y en cada apartado se evalúan amputación, lesión de nervios periféricos, problemas vasculares y otros trastornos.

En la columna vertebral se evalúan las deficiencias que afectan a la columna cervical, dorsal, lumbar o sacra. (IMSERSO, 1999)

1.3.1.1.2 Discapacidad del Aparato Respiratorio

Para la valoración de discapacidad del aparato respiratorio se evalúa la discapacidad producida por deficiencias del aparato respiratorio y se toman en cuenta las enfermedades crónicas consideradas no recuperables en cuanto a la función, con curso clínico no inferior a seis meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento, en esta categoría se incluyen enfermedades como asma y neumonitis por hipersensibilidad, bronquiectasias, fibrosis

quística de páncreas, síndrome de apnea del sueño, embolismo pulmonar, hipertensión arterial pulmonar, enfermedades extra-pulmonares con deterioro de la función respiratoria, trasplante de pulmón, Tumores broncopulmonares, enfermedades de la pleura, enfermedad obstructiva crónica (EPOC), enfisema, malformaciones congénitas, enfermedades neurológicas, anomalías de la caja torácica. (IMSERSO, 1999)

1.3.1.1.3 Discapacidad del Sistema Cardiovascular

En este apartado para realizar la calificación de discapacidad se debe tomar en cuenta el curso clínico de las afecciones cardíacas que debe ser superior a seis meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento entre las afecciones que se toman en cuenta en la evaluación tenemos: cardiopatías vasculares, cardiopatías isquémicas, cardiopatías congénitas, miocardiopatías, cardiopatías mixtas, enfermedades del pericardio, arritmias e hipertensión arterial. (IMSERSO, 1999)

1.3.1.1.4 Discapacidad del Sistema Hematopoyético

En esta categoría se encuentran las enfermedades que afectan a los glóbulos rojos, los polimorfonucleares, el sistema linfóide, el sistema monocito-macrofágico, las plaquetas y coagulación, entre las enfermedades tenemos: anemias crónicas, agranulocitosis, neutropenias y trastornos granulocíticos funcionales, síndrome hipereosinofílico, trastornos crónicos de la hemostasia y coagulación, enfermedades del sistema mononuclear fagocítico, inmunodeficiencias no secundarias a infección por VIH. (IMSERSO, 1999)

1.3.1.1.5 Discapacidad del Sistema Digestivo

En esta categoría están incluidas patologías que afectan el tubo digestivo, páncreas haciendo mención específica a la valoración de fístulas, incontinencia y defectos de la pared abdominal, en el esófago se puede presentar disfagia, dolor torácico, hemorragia digestiva alta, pirosis; en el estómago y duodeno se pueden presentar: dispepsia, regurgitación, dolor abdominal, perforación; en el intestino delgado se pueden presentar: dolor abdominal,

diarrea, fiebre; en el colon y recto se pueden presentar: dolor abdominal, diarrea, fiebre, oclusión; y en el páncreas se pueden presentar: irritación peritoneal, dolor dorso lumbar, esteatorrea. (IMSERSO, 1999)

1.3.1.1.6 Discapacidad del Sistema Genitourinario

Dentro de este apartado están incluidas las deficiencias del riñón, tracto urogenital, aparato genital y mama afecciones como incontinencia, estomas y fistulas. (IMSERSO, 1999)

1.3.1.1.7 Discapacidad del Sistema Endocrino

En este apartado se toman en cuenta la discapacidad originada por deficiencias del sistema endocrino compuesto por el eje hipotálamo-hipófisis, tiroides, paratiroides, suprarrenales, y tejido insular pancreático entre las cuales tenemos hipocrecimientos, hiperparatiroidismo, insuficiencia adrenocortical, hipoparatiroidismo, diabetes mellitus, hipoglucemia, enfermedad de cushing, enanismo hipofisario, enfermedad de addison, y diabetes insípida. (IMSERSO, 1999)

1.3.1.1.8 Discapacidad de la Piel y Anejos

Aquí se valoran las deficiencias de la piel en relación con las funciones que desempeña entre las enfermedades tenemos: prurito, hiperqueratosis, ampollas, esclerosis, trastornos estéticos, cicatrices y queloides. (IMSERSO, 1999)

1.3.1.1.9 Discapacidad de Neoplasias

En este apartado se valora la discapacidad producida por Neoplasias misma que puede oscilar entre nula, leve, moderada, grave o muy grave dependiendo de la repercusión de la patología sobre las AVD actividades de la vida diaria. (IMSERSO, 1999)

1.3.1.1.10 Discapacidad del Aparato Visual

En esta categoría están incluidas las deficiencias visuales que pueden existir como consecuencia de padecer afecciones o enfermedades oculares y neurooftalmológicas. (IMSERSO, 1999)

1.3.1.1.11 Discapacidad del Oído, Garganta y Estructuras Relacionadas

En este apartado están incluidas las enfermedades que provocan discapacidad por pérdida de audición, alteraciones del equilibrio, y enfermedades tumorales con asiento en los órganos ORL; lo que se toma en cuenta para la asignación de un porcentaje de discapacidad es: pérdida de la audición, patologías vestibulares, tumores fonatorios y deglutorios. (IMSERSO, 1999)

1.3.1.1.12 Discapacidad del Lenguaje

En esta categoría se encuentran los trastornos del lenguaje entre los que tenemos: trastornos del desarrollo del lenguaje primarios como: dislalia funcional, retraso del habla, retraso del lenguaje, y disfasia; y entre los secundarios se encuentran: hipoacusia, retraso mental, alteración psiquiátrica, alteración neurológica; se encuentran también trastornos del lenguaje establecido como: afasias, hipoacusias post-locutivas, trastornos del lenguaje asociados a síndromes psiquiátricos, y por último trastornos que afectan al habla como: disfonías, disfemias y disartrias en el adulto. (IMSERSO, 1999)

1.3.2 Discapacidad Intelectual

La definición de retraso mental presenta pocas variaciones entre los sistemas internacionales aceptados como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10); La Asociación Psiquiátrica Americana en su manual DSM V, y la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) todos se basan en 3 criterios comunes:

- a. Nivel intelectual significativamente inferior a la media, definida por el coeficiente de inteligencia (CI), obtenido por una evaluación mediante uno o más test de inteligencia, cuyo resultado para poder diagnosticar a una persona con retraso mental debe encontrarse por debajo de los 70 puntos.

- b. Limitaciones relacionadas con la adquisición de al menos dos de las siguientes habilidades: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio, trabajo.
- c. Inicio antes de los 18 años de edad.

Según la asociación de discapacidades intelectuales y del desarrollo (AAMR) la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones en el funcionamiento intelectual que deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios, y en la conducta adaptativa como tal; que toma en cuenta las relaciones sociales, la participación y roles sociales, desenvolvimiento en el contexto de acuerdo a la cultura en la que se encuentra el individuo. (AAIDD, 2010)

El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. (CIE-10)

En el Ecuador el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS, 2012) define a la discapacidad intelectual como las deficiencias en personas que presentan especial dificultad en la comprensión de ideas complejas, así como, en la capacidad de: razonar, resolver problemas, tomar decisiones, lo que repercute significativamente en los procesos de socialización, relacionamiento interpersonal y desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria, siendo fácilmente influenciables por el medio. (CONADIS, 2012)

1.3.2.1 Tipos de Discapacidad Intelectual

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10, 1999) el Retraso Mental se encuentra clasificado en las siguientes categorías: retraso mental leve, moderado, grave, profundo y otro retraso mental.

Dentro de esta categoría también se encuentra el síndrome de down, y el autismo.

1.3.2.1.1 Retraso Mental Leve

Este retraso corresponde a la categoría tradicionalmente llamado educable; los individuos afectados de retraso mental adquieren más tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la vida cotidiana, de mantener una conversación, alcanzan una independencia completa para sus habilidades de autocuidado como comer, vestirse, controlar esfínteres, para las actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. (CIE-10 C. I., 1992)

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades dentro de las pautas diagnósticas el retraso mental leve se encuentra dentro del rango 50 a 69 puntos si se aplican test de inteligencia estandarizados, la comprensión y el uso del lenguaje tienden a tener un retraso de grado diverso y se presentan problemas en la expresión del lenguaje que interfieren con la posibilidad de lograr una independencia, y que puedan persistir en la vida adulta. (CIE-10, 1999)

1.3.2.1.2 Retraso Mental Moderado

Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del Lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente, Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial como la lectura,

la escritura y habilidades en la resolución de problemas aritméticos como el cálculo; los programas educativos especiales pueden proporcionar a algunos afectados la oportunidad para desarrollar algunas de las funciones deficitarias y son adecuadas para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo. De adultos las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se las supervisa de un modo adecuado, rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta, sin embargo por lo general estas personas son físicamente activas y tienen una total capacidad de movimiento. (CIE-10 C. I., 1992)

De acuerdo con las pautas diagnósticas del CIE-10 las personas incluidas en esta categoría presentan: un Coeficiente Intelectual comprendido entre 35 y 49 puntos, en este grupo lo más frecuente es que haya diferencias en cuanto a los perfiles de rendimiento, de esta manera hay individuos con niveles más altos para realizar tareas viso-espaciales que para otras dependientes del lenguaje, mientras que otros son marcadamente torpes, pero son capaces de participar en relaciones sociales o conversaciones simples.

El nivel del desarrollo del lenguaje es variable, desde la capacidad para formar parte de una conversación sencilla hasta la adquisición de un lenguaje solo suficiente para sus necesidades prácticas. Algunas personas que presentan retraso mental moderado nunca aprenden hacer uso del lenguaje aunque pueden responder a instrucciones simples, algunos aprenden a gesticular con las manos para compensar, hasta cierto grado los problemas del habla.

La mayoría de personas que presentan este tipo de retraso tienen una etiología orgánica; y en alguna proporción pequeña pero significativa presentan autismo infantil o trastornos del desarrollo (Trastornos del desarrollo del habla, del aprendizaje escolar, y generalizados del desarrollo), los cuales tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el tipo de

tratamiento necesario; es frecuente que en esta categoría del retraso mental se presenten cuadros de epilepsia, déficits neurológicos y alteraciones somáticas a pesar de los cuales algunas personas incluidas en esta sección pueden llegar a caminar por si solos. (CIE-10, 1999)

1.3.2.1.3 Retraso Mental Grave

Las personas que se encuentran incluidas en esta categoría padecen un marcado grado de déficit motor o de la presencia de otros déficits que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica. (CIE-10 C. I., 1992)

1.3.2.1.4 Retraso Mental Profundo

El cociente intelectual en esta categoría es de menos de 20, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes. (CIE-10 C. I., 1992)

1.3.2.1.5 Síndrome de Down

“Se caracteriza por presentar una debilidad o hipotonía muscular generalizada, un grado variable de deficiencia cognitiva entre leve y retardo del crecimiento. Con más frecuencia se asocia a cardiopatías congénitas y enfermedades del tracto digestivo entre otros”. (CONADIS, 2012)

1.3.2.1.6 Autismo

Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo

característico de comportamiento anormal, que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas.

El trastorno se caracteriza por un periodo previo de desarrollo inequívocamente normal, pero, si es así, el periodo de normalidad no se prolonga más allá de los tres años. Hay siempre alteraciones cualitativas de la interacción social que forman parte de una valoración inadecuada de los signos socioemocionales, puesta de manifiesto por una falta de respuesta a las emociones de los demás o por un comportamiento que no se amolda al contexto social, por un uso escaso de los signos sociales convencionales y por una integración escasa del comportamiento social, emocional y de la comunicación. (CIE-10, 1999)

1.3.3 Discapacidad Mental (Psicosocial)

Un trastorno mental es definido como un síndrome que se caracteriza por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos, o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea laboral, o de otras actividades importantes. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

1.3.3.1 Tipos de Discapacidad Mental

La valoración de discapacidad se realiza de acuerdo a los grandes grupos de trastornos mentales incluidos en las clasificaciones universales CIE-10 Y DSM-5; entre los cuales se encuentran los trastornos mentales orgánicos, la Esquizofrenia y trastornos psicóticos, Trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, adaptativos, y somatomorfos, disociativos y de personalidad. La valoración de la discapacidad de un Trastorno mental se realiza en base ha:

- Disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma.
- Disminución de la capacidad laboral.

- Ajuste a la sintomatología psicopatológica universalmente aceptada. (IMSERSO, 1999)

La valoración de discapacidad debe estar basada en las siguientes normas generales de calificación:

Clase I: (0%)

- Presenta sintomatología psicopatológica aislada, que no supone disminución alguna de su capacidad funcional.

Clase II: Discapacidad Leve (1 - 24%)

- La capacidad para llevar a cabo una vida autónoma está conservada o levemente disminuida, de acuerdo a lo esperable para un individuo de su edad y condición, excepto en períodos de crisis o descompensación.
- Pueden mantener una actividad laboral normalizada y productiva excepto en los períodos de importante aumento del estrés psicosocial o descompensación, durante los que puede ser necesario un tiempo de reposo laboral junto a una intervención terapéutica adecuada.
- Cumplen los criterios para el diagnóstico de trastorno orgánico de la personalidad; u otros trastornos mentales orgánicos.

Clase III: Discapacidad Moderada (25 - 59%)

- Restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana (incluyendo los contactos sociales) y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral.
- La medicación y/o el tratamiento son necesarios de forma habitual. Si a pesar de ello persiste la sintomatología clínicamente evidente
 - Que no interfiere notablemente en las actividades de la persona: se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 44%

- Que interfiere notablemente en las actividades de la persona: se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59%.
- Las dificultades y síntomas pueden agudizarse en períodos de crisis o descompensación.

Fuera de los períodos de crisis:

- El individuo es capaz de desarrollar una actividad laboral normalizada y productiva la mayor parte del tiempo, con supervisión y ayuda: se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 44% ;
- El individuo sólo puede trabajar en ambientes laborales protegidos con supervisión mínima: se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59%.
- Presencia de alguna de las características clínicas siguientes:
 - Trastornos volitivos: inconstancia, abulia.
 - Labilidad emocional, cambios de humor.

Clase IV: Discapacidad Grave (60 - 74%)

- Restricción marcada de las actividades de la vida cotidiana. Precisa supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos.
- Marcada disminución de su capacidad laboral, puesta de manifiesto por deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas y repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales, como consecuencia del proceso en adaptarse a circunstancias estresantes. No puede mantener una actividad laboral normalizada y con dificultad en centros de educación especial.

Puede acceder a centros y/o actividades ocupacionales, aunque incluso con supervisión el rendimiento suele ser pobre o irregular.

- Presencia de alguno de los siguientes síntomas:
 - Irritabilidad, ira inmotivada.
 - Impulsividad con fallo en el autocontrol.
 - Susplicacia e ideas paranoides.

Clase V: Discapacidad Muy Grave (75%)

- Repercusión extrema de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de sí mismo ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello, necesitan de otra u otras personas de forma constante.
- No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aún en centros ocupacionales supervisados.
- Presencia de alguno de los siguientes síntomas:
 - Alteración de la esfera instintivo-afectiva.
 - Perseveración ideativa.
 - Deterioro cognitivo. (IMSERSO, 1999)

1.3.3.1.1 Trastornos Mentales Orgánicos

Se incluyen en esta categoría una serie de trastornos mentales agrupados por tener una etiología orgánica demostrable, enfermedad o lesión cerebral u otra afección causantes de una disfunción cerebral. Entre los rasgos esenciales que caracterizan a este grupo tenemos por un lado los síndromes en los cuales son constantes y destacados los trastornos de las funciones cognoscitivas superiores como la memoria, la inteligencia, la capacidad de aprendizaje o las alteraciones del sensorio, tales como las alteraciones de la conciencia y de la atención; y por otro lado, están los síndromes en los cuales las manifestaciones más destacadas se presentan en las áreas de la percepción (alucinaciones), de los contenidos del pensamiento (ideas delirantes), o del humor y de las emociones (depresión, euforia, ansiedad) o en la de los rasgos generales de la personalidad, y formas del comportamiento. (CIE-10, 1999)

1.3.3.1.2 Esquizofrenia

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general el trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. Son frecuentes la presencia de cuadros alucinatorios especialmente los auditivos y los pensamientos delirantes que pueden influir en la propia conducta o pensamientos de la persona. (CIE-10, 1999)

1.3.3.1.3 Trastornos Psicóticos

Los trastornos psicóticos se definen en primera instancia por la ausencia de una causa orgánica, tal como una conmoción cerebral, delirium o demencia. Se caracteriza por un comienzo agudo de un cuadro de alucinaciones, de ideas delirantes y de alteraciones de la percepción que son marcadamente variables y cambiantes de un momento a otro, se presenta además un cuadro confusional con variables emociones como felicidad, éxtasis o angustia e irritabilidad, a más de ello suele presentarse un estrés agudo. (CIE-10, 1999)

1.3.3.1.4 Trastornos del estado de ánimo

La alteración fundamental de estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, dentro de los cuales se encuentran los trastornos depresivos, episodios maníacos, y trastornos del humor como ciclotimia, distimia etc. (CIE-10, 1999)

1.3.3.1.5 Trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos

Los trastornos que se toman en cuenta en la valoración de discapacidad se encuentran: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo-compulsivo, reacciones a estrés grave, trastornos de adaptación, trastornos somatomorfos, y disociativos. (CIE-10, 1999)

2. TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) SECUNDARIOS AL CUIDADO

2.1. Ansiedad

La ansiedad es un sentimiento vago y desagradable de temor que se acompaña de diversas sensaciones corporales. “Es una emoción compleja que se acompaña de respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales y cognitivas, enmarcado todo ello en un estado de hiperactivación y alerta” (Bennasar M. R., 2010).

Es necesario realizar una diferenciación entre Miedo (el individuo conoce el objeto externo que le amenaza, la magnitud y la duración de la respuesta fisiológica son proporcionales al estímulo desencadenante, no surge de un conflicto interno) y Ansiedad (el sujeto desconoce el objeto y existe conflictividad interna y prolongación de la reacción). (Bennasar M. R., 2010).

Según (Bennasar M. R., 2010), existe una ansiedad normal, que se relaciona con las situaciones que vivimos y que constituye una respuesta, fisiológica y adaptativa, proporcionada al estímulo que la origina, a su vez es “más leve, afecta al plano psíquico más que corporal y no afecta a la libertad” La ansiedad normal se convierte en patológica cuando no cumple una función adaptativa o cuando por su intensidad, cualidad o duración, es desproporcionada y excede los límites aceptables para el individuo.

Por otra parte resulta difícil diferenciar Angustia de Ansiedad en donde la ansiedad se sitúa en el terreno de lo psíquico, con tendencia a aumentar la actividad, existe un temor indefinido a algo y sensación de falta de aire; mientras que la angustia se sitúa en el plano físico dentro del esquema corporal, esta se localiza más profundamente, como sensación opresiva en la garganta, el pecho, el corazón, el estómago, con tendencia a la inhibición de la actividad. (Schlatter, 2010)

2.1.1 Clínica de la ansiedad

Los pacientes con trastornos de ansiedad suelen acudir al médico por voluntad propia. Es frecuente que consulten por síntomas somáticos derivados de su ansiedad y crean tener alguna patología física que los origine.

2.1.1.1 Manifestaciones Psíquicas y Conductuales

La vivencia psíquica de ansiedad puede expresarse de múltiples maneras (MSC & CSC, 2008):

- **Aprehensión.** Es el síntoma nuclear. Provoca una actitud de alerta, como queriendo anticiparse a un peligro. Existen diversos miedos (a perder el control sobre sí mismo, a volverse loco, o, incluso, a morir).
- **Sensación de agobio**
- **Alteraciones cognitivas.** disminuye la atención y aparece distraibilidad, dificultad para concentrarse y tendencia a la fatiga intelectual, por lo que la memoria también puede verse afectada.
- **Alteraciones del comportamiento** que incluyen: Inquietud, irritabilidad, desasosiego, conductas evitatorias ante ciertas situaciones, en algunos casos se presentan obsesiones y compulsiones
- **Alteraciones de sueño.** Retraso de conciliación, interrupciones por despertares y pesadillas, cansancio o sensación de sueño no reparador.

2.1.1.2 Manifestaciones Físicas

La ansiedad puede provocar síntomas en todos los órganos y sistemas del organismo por lo que puede considerarse como la gran simuladora. A menudo, el paciente está convencido del origen exclusivamente somático de los mismos y los vive como una amenaza a su salud física (MSC & CSC, 2008).

- Síntomas cardiocirculatorios: palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, dolor precordial.
- Síntomas gastrointestinales: espasmos faríngeos (nudo esofágico), náuseas, vómitos, meteorismo, diarrea, estreñimiento, alteraciones del apetito.
- Síntomas respiratorios: dificultad al respirar con sensación de falta de aire, sensación de ahogo o paro respiratorio, disnea, suspiros
- Síntomas genitourinarios: micción imperiosa, trastornos de la función sexual: impotencia, eyaculación precoz y frigidez.
- Síntomas neurológicos: mareos, vértigos, cefalea, inestabilidad, temblor, entumecimiento, parestesias.
- Síntomas musculares: debilidad física, sensación de flojedad de piernas, lumbalgias y algias diversas.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, midriasis, rubor o palidez, sofocos, sudoración.

2.1.2 Tipos de Cuadros Ansiosos

2.1.2.1 Trastorno de Pánico

El síntoma básico del trastorno de pánico es el ataque de angustia severa, espontánea y de comienzo brusco, generalmente de breve duración y con carácter episódico. Los síntomas de la crisis de angustia son manifestaciones físicas que comprometen varios órganos o sistemas, acompañados de sensación de miedo o terror que el paciente interpreta en ese momento como muerte inminente o temor a perder la razón (Restrepo M, 2004).

Los síntomas predominantes varían de un caso a otro pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones repentinas, dolor precordial, sensación de asfixia (disnea), parestesias, mareo o vértigo, sensación de inestabilidad o desfallecimiento, Sensación de irrealidad (desrealización o despersonalización), miedo a morir, rubor, sofocación oleadas de

calor, escalofríos, miedo a volverse loco o a perder el control, diaforesis, temblor o estremecimiento (ROJO & CIERA, 1999)

2.1.2.1.1 Manifestaciones Clínicas

Para el diagnóstico es necesario que se cumplan los siguientes criterios (CIE-10, 1999):

- a) Las crisis de pánico se presentan en circunstancias en las que no hay peligro inminente
- b) No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles
- c) En el periodo entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad anticipatoria leve

2.1.2.2 Trastorno de Ansiedad Generalizada

Según (ROJO & CIERA, 1999) un paciente con trastorno de ansiedad generalizada presenta como característica esencial un estado persistente de ansiedad y preocupación desproporcionada o poco realista que surge como respuesta ante una situación o acontecimiento concreto.

Según (Ricardo, 2004) el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por ansiedad cognitiva excesiva que se pone de manifiesto mediante excesiva preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares etc. a menudo con ansiedad anticipatoria y síntomas físicos y persistentes que se ponen de manifiesto cuando la persona presenta inquietud motora, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, Tensión muscular etc.

2.1.2.2.1 Curso evolutivo

El curso evolutivo del TAG suele ser crónico, fluctuante, con frecuencia con exacerbaciones, por lo habitual en relación con épocas de estrés, e incluso se apunta que la incidencia de sucesos negativos incrementa la probabilidad de que se incremente este trastorno. (Bennasar R. M., 2010)

2.1.2.2.2 Manifestaciones Clínicas

Las pautas que se encuentran establecidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1999) y que se deben cumplir para un buen diagnóstico de este trastorno son:

- a) Aprensión (preocupaciones sostenidas acerca de calamidades venideras, sentirse al límite, dificultades de concentración, etc.)
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse, etc.)
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia, o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.)

2.1.2.3 Trastorno de Ansiedad Fóbica

Las Fobias específicas son la patología más común en el grupo de los trastornos de ansiedad. En este grupo se pone en marcha exclusiva o predominantemente situaciones bien definidas o cuando la persona se encuentra de frente a un objeto (externos al enfermo) que no son en sí mismos generalmente peligrosos. En consecuencia, estos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor. La ansiedad fóbica no se diferencia con la vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente, de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror o pánico. La preocupación del enfermo pueden centrarse en los síntomas que experimenta como: palpitaciones, sensación de desvanecimiento y a menudo se acompaña de miedos secundarios a morirse, a perder el control y volverse loco. La ansiedad por lo general no disminuye aun cuando la persona sabe que otras personas no consideran peligrosa dicha situación, por lo general las personas con ansiedad fóbica presentan ansiedad anticipatoria con solo imaginar el objeto o situación que consideran amenazante. (CIE-10, 1999)

3. FAMILIARES CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La adaptación o ajuste a la discapacidad implica un proceso cuya duración puede variar ampliamente de un caso a otro. Aprender a vivir con una discapacidad supone importantes cambios cognitivos, emocionales y conductuales tanto en la persona que padece la discapacidad como en su cuidador, a continuación se describen algunas de las causas por las cuales los cuidadores pueden presentar manifestaciones a nivel somático y psíquico secundarias al cuidado de pacientes con discapacidad.

3.1 Cuidado de personas con discapacidad

3.1.1 Definición de cuidado y cuidador

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales». (MSP, Ministerio de Salud Pública, 2014)

Cuidar de alguien significa tratar de responder a sus necesidades esenciales; significa también y sobre todo, proporcionarle, o mejor todavía, ayudarle a encontrar las herramientas necesarias (internas y externas) para que él mismo sea capaz de responder a ellas por sí mismo, sin necesidad de un cuidador. (Larban Vera, 2010)

Según el concepto que nos da la web de la sociedad Española de Geriatría y Gerontología sobre cuidadores familiares de personas mayores dependientes un cuidador o cuidadores son aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo a permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone. (Villamar, 2014)

De esta manera un cuidador es una persona que se hace responsable del cuidado de una persona que presenta alguna limitación o discapacidad, y por ende es una dependiente de otra para la realización de actividades de autocuidado como: vestirse, bañarse, alimentarse, comunicarse, realizar su aseo personal y para las actividades de la vida diaria como desenvolverse en el ambiente, trasladarse de un lado a otro, evitar riesgos, interactuar con las demás personas etc. El cuidador no pertenece a ninguna institución sanitaria ni percibe remuneración alguna por prestación de servicio de cuidado parcial o total.

3.1.2 Funciones de un cuidador/a de personas con discapacidad

Entre las funciones de los cuidadores de las personas con discapacidad se encuentran: el traslado de pacientes, la misma que es considerada como la movilización o desplazamiento de éstos desde un sitio a otro. El traslado se puede realizar utilizando varios medios posibles: silla, camilla, cama, etc. dependiendo de las circunstancias propias de cada situación. (Villar, 2009)

Barbero menciona que para la movilización y traslado de personas dependientes es necesario que los cuidadores tengan el conocimiento necesario de los principios básicos de la mecánica corporal, con el objetivo de prevenir complicaciones en su salud y permitir que la atención se realice de manera eficaz, y señala que las técnicas de movilización consisten en alternar o cambiar la posición anatómica de la persona con discapacidad generalmente en la cama; y las técnicas de traslado y deambulacion consisten en movilizar de un lado a otro al paciente con discapacidad ayudarlo y enseñarle al paciente a deambular por sí mismo, sin embargo el cuidador debe acompañarlo o proporcionarle dispositivos de ayuda. (Barbero, 2010)

3.1.3 Tipos de Cuidadores

Para una buena comprensión y diferenciación en la función que cumple cada cuidador se realiza a continuación una clasificación que consiste en tres tipos cuidadores primarios, secundarios y terciarios.

3.1.3.1 Cuidador primario

El concepto de cuidado informal es utilizado para aludir a un tipo de apoyo que se caracteriza porque es desarrollado por personas de la red social del receptor del cuidado y se provee de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración. (Rogeró, 2009) Es decir es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del paciente. Por lo general este vive en el mismo domicilio o muy cerca. Es mayormente familiar en primer grado del paciente.

El cuidado informal suele distinguir tres categorías de ayuda: apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional. Una parte de la atención provista a los pacientes por sus cuidadores informales se traduce también en tareas propias de los profesionales de la salud, como el diagnóstico de enfermedades o la provisión de medicamentos. (Rogeró, 2009)

Astudillo AW, define al cuidado primario, como: la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no solo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia. (Barrón & Alvarado, 2009)

3.1.3.1.1 Características del cuidador primario

Las personas que están inmersas en el cuidado se caracterizan por:

Asumir las principales tareas de cuidado de su familiar, el resto de la familia lo percibe como el responsable del cuidado del enfermo, debe haber realizado el cuidado al menos 6 meses, presentan más sobrecarga en mujeres mayores de 50 años que también tienen otras responsabilidades a su cargo como tareas del hogar o el cuidado de los hijos. (Roig, Abengózar, & et.al, 1998)

Estar pendientes de la medicación de sus cuidados, realizar tareas administrativas para solventar la mayor parte de necesidades del hogar y del paciente con discapacidad, realizar tareas de acompañamiento y vigilancia por ejemplo a consultas médicas, al banco, al parque en fin traslados de un lugar a otro, la frecuencia de asistencia y la intensidad en el cuidado va a depender en mayor parte al nivel de dependencia que tenga la persona con discapacidad

Realizan un trabajo no remunerado, el cuidado es prestado en virtud de las relaciones afectivas y de parentesco que unen a la persona dependiente y la persona cuidadora, se desarrolla en el ámbito doméstico y como tal queda oculto a la comunidad y, por último, como ya se ha comentado, forma parte de una función adscrita a las mujeres como parte de un rol de género, cuidar implica muchas y variadas tareas de prestación de ayuda, muchas de las actividades relacionadas con el cuidado requieren el desarrollo de determinadas habilidades que, en mayor o menor medida, han ido adquiriendo las personas cuidadoras, las áreas en las que se prestan cuidados y las tareas que implica dicha ayuda dependen de cada situación particular, muchas de estas tareas habituales son comunes a la mayoría de las situaciones de cuidado, a lo largo del día la persona cuidadora realiza diversas actividades de las que no es consciente y que por ello no valora, percibiendo tan solo que el tiempo transcurre sin saber en qué, la tarea de cuidar afecta en muchas ocasiones a la vida de la persona cuidadora en diferentes planos, cambios en las relaciones familiares y sociales, en el trabajo y en la situación económica, en el tiempo libre, en la salud, en el estado de ánimo, entre otros. (Rodríguez, s.a)

3.1.3.2 Cuidador secundario

El cuidador formal o también llamado secundario se define como aquel profesional que oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás.

Existen dos tipos básicos de cuidado formal: el que se provee desde las instituciones públicas, y el que se provee a través de las familias. (Roger, 2009)

3.1.3.3 Cuidador terciario

Son aquellas personas en su mayoría familiares y amigos muy allegados que forman parte de su sistema o entorno y colaboran en menor medida en la atención y cuidados al paciente. (Bermejo C, 2003)

El cuidador se caracteriza por ser también un supervisor, porque proporciona un cuidado activo, apoya, participa en la toma de decisiones, identifica las necesidades del paciente y verifica el desarrollo de acciones, como toma de medicamentos, cambios en los hábitos alimenticios, fomento de la actividad física, visitas a los centros asistenciales, realización de exámenes de control; además de motivar y apoyar emocionalmente, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

3.1.4 Definición de carga en cuidadores

La manifestación de las repercusiones que trae consigo el cuidado, es conceptualizada como “carga” o “sobrecarga”, que según (Alonso, Garrido, & et.al, 2004) es el “estado psicológico que resulta de la combinación del trabajo físico, de la presión emocional, de las restricciones sociales, así como, de las demandas económicas que surgen del cuidado del enfermo”

Zarit, Bottigi & Gaugler definen la sobrecarga de cuidador como un estado que resulta de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, este estado amenaza la salud física y

mental del cuidador; señala que frente a la tarea persistente de cuidar pueden presentarse problemas físicos y psicológicos. (Zarit, Bottigi, & Gaugler, 2007)

La carga percibida por los cuidadores puede ser de dos tipos: Objetiva y Subjetiva la primera es definida por (Schene, Wijngaarden, & Koeter, 1998) como cualquier alteración verificable y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad del paciente; la carga subjetiva se refiere principalmente a las emociones que experimenta el cuidador frente al deber de cumplir con una obligación adicional, como la tensión del hogar que se produce por la relación entre el paciente y su familia, así como también las preocupaciones por la salud, seguridad, tratamiento y futuro del paciente. (Martínez, Nadal, & et.al, 2000)

3.1.4.1 El cuidado y su efecto en el cuidador

El cuidado a personas con discapacidad trae consigo un sinnúmero de manifestaciones principalmente en el cuidador primario ya que es innegable el impacto que genera la labor que desempeñan a diario; el estrés que perciben, los estilos de afrontamiento que utilizan en la tarea de atender a su familiar con discapacidad, la manera de asimilar en algunos casos el escaso o nulo apoyo que reciben por los demás miembros de la familia, el nivel de dependencia de la persona que cuidan, y el esfuerzo que realizan para compensar las actividades y necesidades propias y de quién se encuentra bajo su responsabilidad son predictores del bienestar psicológico del cuidador.

Entre las tareas de asistencia que deben realizar los cuidadores para sus cuidados se encuentran: realizar gestiones de cualquier tipo, asistir al médico, desempeñar tareas domésticas, hacer compras para el hogar, preparar alimentos para los demás miembros de la familia, estar pendientes de la medicación del paciente con discapacidad en caso de que la necesite, o tomar medicación en el caso de que sea la persona cuidadora quien deba controlar alguna enfermedad; buscar los medios de utilización de transporte del paciente con discapacidad; bañar, asear, vestir al paciente con discapacidad y a sí mismo; administrar el

dinero, etc. (Ministerio de Igualdad de España, 2008); en fin son múltiples las tareas que debe desempeñar el cuidador informal a diario y es por ello que el mayor impacto se presenta en los ámbitos físicos, psicológicos, económicos, familiares, sociales, laborales; e involucra, no solo a la persona que sufre el proceso, sino a todo su entorno.

3.1.4.2 Síndrome de Desgaste en el Cuidador Primario

El síndrome del cuidador primario suele estar provocado por la dificultad que entraña para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver como un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas; conforme avanza el curso de la enfermedad, o el deterioro que causa la misma en la persona que se encuentra bajo su cuidado. (Servicio de prevención de riesgos laborales, 2005)

(Maslach, Jackson, & Leiter, 1996), en su teoría del estrés en cuidadores primarios, lo caracterizaron como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención. La descripción del síndrome se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos. El segundo aspecto, la despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo. Si bien la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa a esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos expresados en insensibilidad hacia los otros. El tercer componente en estas reflexiones es el sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia ellos mismos y a su trabajo, manifestaciones típicas de depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo.

Para Zambrano y cols. Las características más prevalentes del síndrome del cuidador primario son: trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio, y aislamiento. (Zambrano & Ceballos, 2007)

3.1.4.3 Señales de Desgaste Físico en Cuidadores

Según la literatura; hacerse cargo de una persona dependiente durante largos periodos de tiempo puede desencadenar problemas de salud en el cuidador ya que, cuando está sobrecargado, comienza a denotar alteraciones en todos los aspectos de su vida. Entre las alteraciones físicas se encuentran el cansancio, dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares (Barrón & Alvarado, 2009).

De estos síntomas físicos tiene particular relevancia la calidad del sueño que puede tener efectos nocivos sobre la salud. Chang y cols (Chang EW, 2007), realizaron un estudio donde concluyen que la calidad del sueño puede tener un impacto sobre varios aspectos de la calidad de vida de los cuidadores y que la ayuda al mejoramiento del sueño, brinda capacidad para atender a los pacientes y así mismos.

Según lo que señalan Álvarez Gallego y Fernández Ríos, los síntomas psicósomáticos del llamado “Síndrome del Cuidador” son: Fatiga crónica, dolores de cabeza frecuentes, problemas de sueño, úlceras u otros desordenes gastrointestinales, pérdida de peso, hipertensión, asma, dolores musculares (generalmente de espalda y cuello) y en las mujeres incluso en algunos casos amenorrea (Álvarez & Fernández, 1991).

3.1.4.4 Señales de Desgaste Emocional en Cuidadores

Entre las manifestaciones Emocionales que mencionan Álvarez-Gallego y Fernández Ríos se encuentran: distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos de llegar a convertirse en una

persona poco estimada, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, deseos de abandonar el trabajo e ideas suicidas. (Álvarez & Fernández, 1991)

Algunos estudios señalan que la reducción del tiempo y de ocio, la restricción de la actividad social, el insomnio, el malestar psicológico, la desesperanza, la sobrecarga, el estrés, los problemas físicos, las dificultades en el ámbito laboral y profesional, la disrupción emocional (ansiedad, depresión) y los sentimiento de malestar en la vida, constituyen solo ejemplos, de este efecto e indirectamente deterioran la calidad de vida del cuidador, de la persona enferma y en general del núcleo familiar. (Duran, 2002)

e. MATERIALES Y MÉTODOS

Universo y Muestra

El presente estudio investigativo contó con la participación de una población total de 80 personas cuidadoras de pacientes con discapacidad que acudieron al Área de Salud N°3; la población participante fue seleccionada de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos en la presente investigación.

Es de tipo descriptivo y corte transversal ya que se describieron características y sintomatología somática del cuidador primario ligadas al cuidado de personas con discapacidad en un periodo de tiempo de Mayo a Julio de 2016, además es de carácter cuali-cuantitativo ya que se recolectaron datos estadísticos que nos dieron a conocer la prevalencia de Ansiedad en estas personas y su relación con síntomas somáticos.

Cualitativo: Porque permitió describir e interpretar la recolección de datos por medio de los distintos puntos de vista de la población escogida ya que se estudió la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, interpretando los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para los participantes.

Cuantitativo: Permitted examinar los datos de manera numérica, estructurada y sistemática.

Criterios de Inclusión: Se incluyeron dentro de esta investigación

- Cuidadores primarios responsables del cuidado de pacientes con cualquier tipo (Física, Intelectual, y Mental) y grado de discapacidad que oscilen desde Leve hasta Grave.
- Cuidadores primarios que mantengan contacto regular con el servicio de Salud Mental en el Área de Salud N°3.
- Cuidadores primarios que tengan la mayoría de edad pero no más de 65 años ya que la presencia de síntomas somáticos pueden estar asociados a la edad de la persona encargada del cuidado.

- Cuidadores primarios que también presenten algún tipo o grado de discapacidad.
- Cuidadores primarios que tengan más de 6 meses a su cargo el cuidado del paciente con discapacidad.
- Cuidadores primarios que vivan con el paciente en la ciudad de Loja y que tengan la disponibilidad y predisposición a brindar su colaboración en la aplicación de encuestas e instrumentos de evaluación de Ansiedad.

Criterios de Exclusión:

- Cuidadores de personas con discapacidad que no sean familiares directos o consanguíneos del paciente.
- Cuidadores primarios menores de 18 años.
- Cuidadores primarios que perciban un salario por prestación de cuidado al paciente con discapacidad.

Procedimiento

Tomando en cuenta el planteamiento de los objetivos en la presente investigación se hizo uso de las siguientes técnicas:

- Solicitud dirigida al director del Centro de Salud n°3 de la ciudad de Loja, para la respectiva autorización del desarrollo del proyecto investigativo, luego de la misma se procedió a la aplicación de la encuesta a los familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad que acuden al área de psicología clínica del centro de atención primaria, posteriormente se identificó los casos de Ansiedad y se estableció la relación con síntomas somáticos mediante los siguientes instrumentos

Técnicas:

- Entrevista semi-estructurada: Realizada a los familiares cuidadores primarios que acuden a consulta con los pacientes de discapacidad, en primera instancia con la finalidad de establecer empatía para facilitar el proceso de recolección de datos para

la presente investigación, la entrevista estuvo conformada por 4 preguntas relacionadas con la presencia de ansiedad y de síntomas somáticos, pero a medida que avanza la entrevista surgieron interrogantes que ayudaron a corroborar los datos que arrojaron las escalas aplicadas, además de que se obtuvo una amplia información acerca de la manera cómo perciben ellos el cuidado y su situación actual.

- **Observación:** Se realizó durante la aplicación de instrumentos a los cuidadores, haciendo uso del ítem número 14 de la Escala de Ansiedad de Hamilton que enumera signos observables de ansiedad, mediante esta técnica se pudo obtener un criterio objetivo de la presencia o no de signos Ansiosos.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron son detallados y justificados a continuación para verificar la eficacia de su aplicación y resultados confiables.

Se aplicó:

- **Consentimiento Informado:** Es un contrato en el cual las personas encuestadas aceptaron libre y voluntariamente ser partícipes de la presente investigación, luego de la debida explicación de la temática que se está investigando y el objetivo que se desea conseguir con la misma, como constancia cada participante acepta y autoriza la utilización de los resultados de los instrumentos aplicados ubicando el respectivo número de cédula, nombres completos y firma.
- **Escala de Ansiedad de Hamilton (Hars):** Es una escala de observación heteroadministrada, que evalúa la intensidad de la Ansiedad.

Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la Ansiedad. Además un ítem que evalúa específicamente el ánimo deprimido; el marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los últimos tres) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto

durante la entrevista. 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).

Entre los aspectos que evalúa esta escala se encuentran:

1. Humor Ansioso: dentro del cual se encuentran los siguientes síntomas: inquietud, expectativas de catástrofe, aprehensión (anticipación temerosa), irritabilidad.
2. Tensión: en esta categoría se evalúa: sensaciones de tensión, fatiga, imposibilidad para esperar.
3. Miedo: a la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales, a la circulación, a la muchedumbre.
4. Insomnio: dificultades de conciliación, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas y terrores nocturnos.
5. Funciones Intelectuales: dificultad de concentración, falta de memoria
6. Humor Depresivo: Pérdida de interés, no disfruta del tiempo libre, depresión, insomnio de madrugada, variaciones anímicas durante el día.
7. Síntomas somáticos musculares: dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, sacudidas clónicas, rechinar de los dientes, voz quebrada.
8. Síntomas somáticos generales: zumbido de los oídos, visión borrosa, oleadas de calor o frío, sensación de debilidad, sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).
9. Síntomas cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, sensación pulsátil en vasos, sensación de baja de presión o desmayos, extrasístoles (arritmias cardiacas benignas).
10. Síntomas respiratorios: opresión pretorácica, constricción precordial, sensación de ahogo o falta de aire, suspiros, disnea (dificultad para respirar).

11. Síntomas gastrointestinales: dificultades evacuatorias, gases, dispepsia (dolores antes o después de comer), ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica, cólicos (espasmos) abdominales, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.
12. Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, micción imperiosa, amenorrea (falta de periodo menstrual), metrorragia (hemorragia genital), frigidez, eyaculación precoz, impotencia, ausencia de erección.
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: boca seca, enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefalea (dolores de cabeza) de tensión.
14. Conducta durante el transcurso de la entrevista: tendencia al abatimiento, agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo/objeto en las manos, inquietud va y viene: temblor en las manos, rostro preocupado, aumento del tono muscular o contracturas musculares, respiración entrecortada, palidez fácil, traga saliva, eructos, taquicardia o palpitaciones, ritmo respiratorio acelerado, tics, sudoración.

Aplicación: Durante la aplicación el entrevistador debe identificar todos los síntomas posibles para cada ítem, el más problemático en los últimos días y que sea debido ciertamente a ansiedad, se debe además determinar para ese síntoma estos tres aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación, y la incapacidad que produce.

Corrección e Interpretación: La escala proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.

Los puntos de corte recomendados son: 0-5 Ausencia de Ansiedad; 6-14 Ansiedad Leve; 15-25 Ansiedad Moderada; 26-56 Ansiedad Grave (García Portilla & Cols, 2006).

Ansiedad Nula: Hace referencia a la ausencia total o parcial de manifestaciones tanto a nivel físico como psíquico de síntomas y signos característicos de la Ansiedad; el punto de corte del instrumento de evaluación es de 0 a 5 puntos el/la evaluada refleja ansiedad nula.

Ansiedad Leve: Este nivel de ansiedad indica que la persona evaluada presente ciertas características psíquicas o somáticas de la ansiedad que ocasionan cierta incomodidad en sus actividades; si el/la evaluada presenta una puntuación de 6 a 14 puntos refleja una ansiedad leve.

Ansiedad Moderada: Este nivel indica que el/la evaluada presenta ciertas características psíquicas o somáticas de la ansiedad que ocasionan molestia significativa en sus actividades; si el/la evaluada presenta una puntuación de 15 a 25 puntos presenta ansiedad moderada.

Ansiedad Grave: Este nivel indica que el/la evaluada presenta características psíquicas o somáticas que interfieren notablemente en sus actividades dependiendo de la intensidad que presente cada una de ellas; el punto de corte del instrumento establece que si el/la evaluada obtiene como puntaje un valor comprendido entre 26 y 56 puntos refleja una ansiedad grave.

El instrumento de evaluación de Ansiedad utilizado también proporciona una medida de la intensidad con la que se presentan los síntomas y signos tanto a nivel Psíquico como Somático siendo 0 una intensidad nula; 1 intensidad leve; 2 intensidad moderada; 3 intensidad grave y 4 intensidad muy incapacitante.

- **Encuesta:** La Encuesta semi-estructurada consta de dos partes, una que engloba los datos generales del encuestado, por ejemplo: nombre, edad, sexo, parentesco, nivel de instrucción, y la segunda que hace referencia a la persona con discapacidad y al cuidador por ejemplo: tipo y grado de discapacidad de la persona que se encuentra

bajo su cuidado, tiempo de cuidado, presencia de síntomas a nivel somático que fueron enumerados y detallados durante la aplicación de la escala de Ansiedad de Hamilton, información adicional que proporcionaron los cuidadores durante la entrevista misma que será utilizada en la elaboración de las conclusiones.

La Encuesta fue dirigida a los cuidadores primarios de personas con discapacidad para corroborar datos arrojados en la escala de Ansiedad aplicada para poder establecer la relación entre la presencia de Ansiedad y sintomatología somática en la población participante.

- **Programa Estadístico SPSS:** Es un software estadístico que se denomina “Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales” que permite trabajar con base de datos de gran tamaño, recodificando las variables según las necesidades del usuario; la versión utilizada fue la Licencia 16 que es la que utiliza la Universidad Nacional de Loja.

El programa permite obtener un valor denominado **CHI²** que mide específicamente la asociación de las variables; a la par el programa permite conocer un valor denominado **V CRAMER** que mide la dependencia entre las variables y los puntos de corte son:

- 0-0,25 Nivel de dependencia bajo
- 0,25-0,5 Nivel de dependencia moderado
- 0,5 o más Nivel de dependencia Alto

Finalmente el programa también proporciona el valor de **P** que indica la relación entre las variables que se utilizan.

f. RESULTADOS

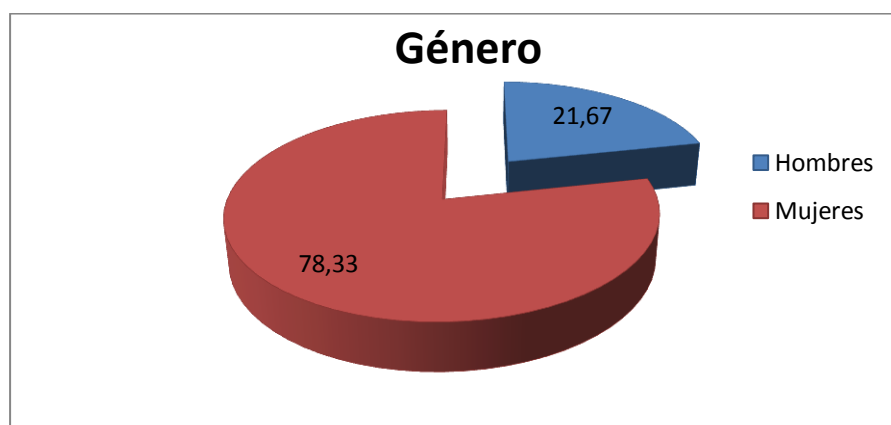
Objetivo 1. Identificar la presencia de Ansiedad en los familiares cuidadores de pacientes con discapacidad física, intelectual y mental.

Tabla 1 Género de Cuidadores

Género	f	%
Masculino	13	21,67
Femenino	47	78,33
Total	60	100%

Fuente: Encuesta Semi- Estructurada realizada a familiares cuidadores de personas con Discapacidad
Elaborado por Jimena Luzuriaga. Año 2016

Grafica 1 Género de Cuidadores



Fuente: Encuesta Semi- Estructurada realizada a familiares cuidadores de personas con Discapacidad
Elaborado por Jimena Luzuriaga. Año 2016

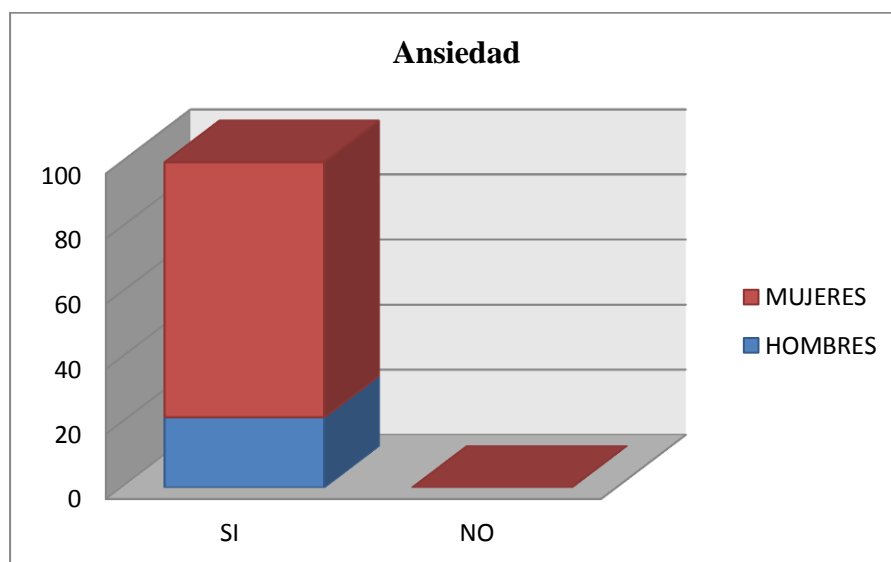
Análisis de resultados

El 78,33% de los cuidadores participantes en la presente investigación, son de género femenino, mientras un 21,67% corresponden al género masculino; lo que concuerda con otros estudios y con la literatura que establecen que el papel principal en el rol de cuidador, lo desempeña la mujer.

Tabla 2 Presencia de Ansiedad

Ansiedad	f	%	Hombres		Mujeres	
			f	%	f	%
Si	60	100%	13	21,66	47	78,33
No	0	0	0	0	0	0
Total	60	100%	13	21,66	47	78,33

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton
Elaborado por Jimena Luzuriaga. Año 2016

Gráfica 2 Presencia de Ansiedad

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton
Elaborado por Jimena Luzuriaga. Año 2016

Análisis de resultados

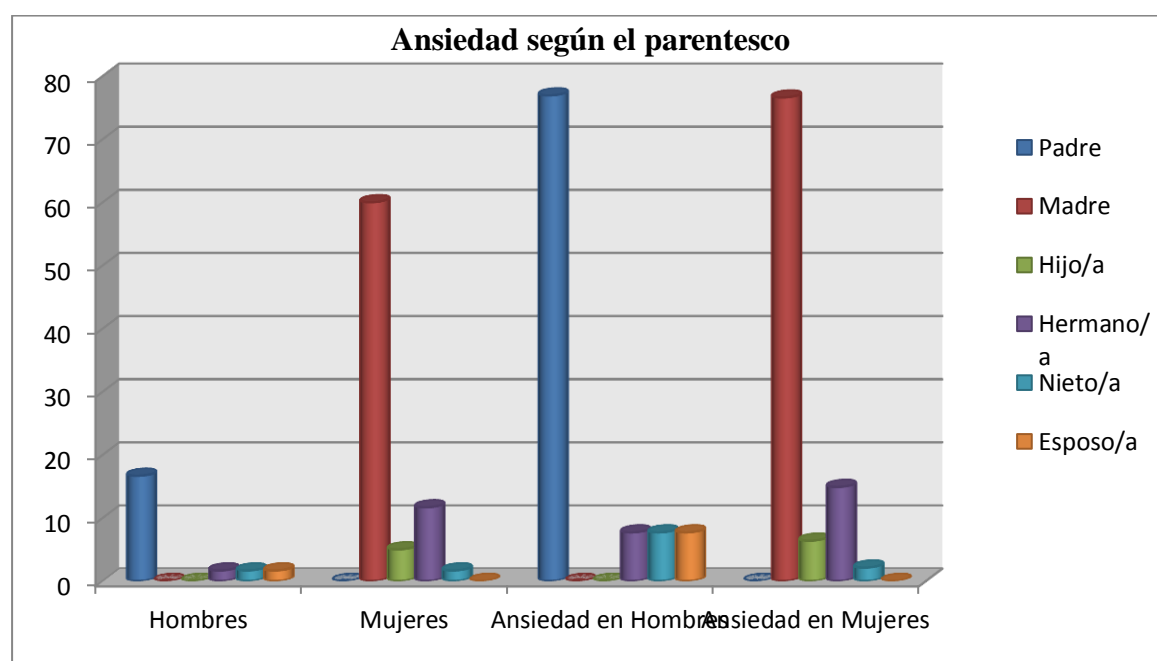
Los resultados arrojados en la presente investigación muestran que un 100% de los familiares cuidadores presentan manifestaciones de ansiedad; de los cuales el 78,33% son de género femenino y el 21,66% restante pertenece al género masculino; el instrumento de evaluación de Hamilton proyecta ansiedad psíquica y somática, entre las manifestaciones psíquicas de ansiedad en los cuidadores se encontraron: inquietud, aprensión, sensación de tensión, fatiga, sensación de incapacidad de esperar, dificultades de conciliación del sueño, sueño interrumpido, insomnio, sueño no satisfactorio, dificultad de concentración en la realización

de algunas actividades de la vida diaria; dentro de la ansiedad con signos y síntomas a nivel somático los más frecuentemente referidos por los cuidadores son: cefaleas tensionales, dolores musculares, rigidez muscular, dolores articulares, artritis, visión borrosa, sensación de debilidad, sensaciones parestésicas, sensación de ahogo, molestias a nivel gastrointestinal como: dispepsia, gastritis, pérdida de peso, y síntomas a nivel del sistema nervioso autónomo como: boca seca, y diaforesis.

Tabla 3 Ansiedad según el parentesco

Parentesco	Hombres		Ansiedad		Mujeres		Ansiedad			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Padre	10	16,66	10	16,66	10	76,92	0	0	0	0
Madre	36	60	0	0	0	0	36	60	36	76,59
Hijo/a	3	5	0	0	0	0	3	5	3	6,38
Hermano/a	8	13,33	1	1,66	1	7,69	7	11,66	7	14,89
Nieto/a	2	3,33	1	1,66	1	7,69	1	1,66	1	2,12
Espos/a	1	1,66	1	1,66	1	7,69	0	0	0	0
Total	60	100%	13	21,66	13	100%	47	78,33	47	100%

Fuente: Encuesta Semi- Estructurada realizada a familiares cuidadores de personas con Discapacidad
Elaborado por Jimena Luzuriaga. Año 2016

Gráfica 3 Ansiedad según el parentesco

Fuente: Encuesta Semi- Estructurada realizada a familiares cuidadores de personas con Discapacidad y Escala de Ansiedad de Hamilton
Elaborado por Jimena Luzuriaga. Año 2016

Análisis de resultados

Como resultado de los instrumentos aplicados se obtuvo un total de 13 cuidadores pertenecientes al género masculino que representan el 21,66% de los cuidadores, y 47

cuidadoras que pertenecen al género femenino y representan el 78,33%; de ese 78,33% el 60% de las cuidadoras son madres de familia, que proveen cuidado a sus hijos con algún tipo de discapacidad; el 11,66% son hermanas, el 5% son hijas y el 1,66% son nietas.

En el caso de los cuidadores de género masculino del 21,66% el 16,66% de los cuidadores son padres de familia que brindan cuidado a sus hijos, y en igual porcentaje que corresponde al 1,66% los cuidadores son hermanos, nietos o esposo respectivamente.

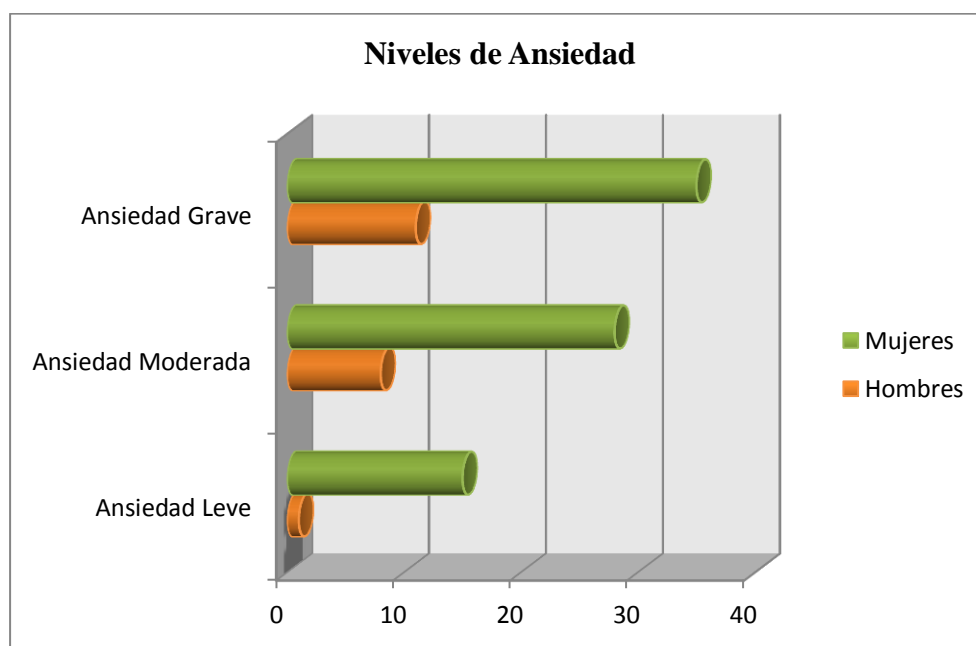
Al relacionar la presencia de Ansiedad con el parentesco en los cuidadores de pacientes con discapacidad tenemos como resultado que en el caso de las cuidadoras las madres presentan ansiedad en un 76,59%; las hermanas presentan ansiedad en un 14,89%; las hijas de pacientes con discapacidad presentan cuadros ansiosos en un 6,38% y las nietas reflejan ansiedad en un 2,12%.

En el caso de los cuidadores de género masculino los padres cuidadores presentan ansiedad en un 76,92%; y en igual proporción en un 7,69% presentan ansiedad los cuidadores cuyo parentesco es hermanos, nietos y esposo.

Tabla 4 Niveles de Ansiedad

Niveles de Ansiedad			Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%	f	%
Leve	10	16,66	1	1,66	9	15
Moderada	22	36,66	5	8,33	17	28,33
Grave	28	46,66	7	11,66	21	35
Total	60	100%	13	21,65%	47	78,33%

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton HARS
Elaborado por Jimena Luzuriaga. Año 2016

Grafica 4 Niveles de Ansiedad

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton HARS
Elaborado por Jimena Luzuriaga. Año 2016

Análisis de resultados

Como resultado de la aplicación del instrumento de evaluación de Ansiedad de Hamilton a los familiares cuidadores de pacientes con discapacidad se obtuvo que un 46.66% reflejaron una Ansiedad Grave, de los cuales un 11,66% son hombres y un 35% mujeres; así mismo se obtuvo un porcentaje elevado de cuidadores que presentaron Ansiedad Moderada los cuales representan un 36,66% de éstos un 8,33% corresponde a hombres y un 28,33% a mujeres; en

menor proporción pero igualmente significativo un 16% de cuidadores reflejaron un nivel de Ansiedad Leve.

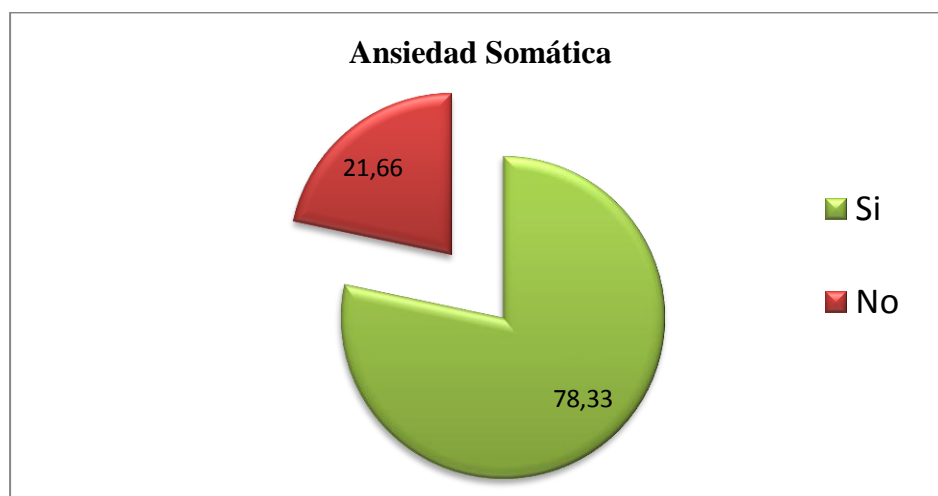
Objetivo 2. Evaluar la presencia de sintomatología somática en los familiares cuidadores de pacientes con discapacidad física, intelectual y mental.

Tabla 5 Ansiedad Somática

Ansiedad Somática	f	%	Hombres		Mujeres	
			f	%	f	%
Si	60	100	13	21,66	47	78,33
No	0	0	0	0	0	0
Total	60	100%	13	21,66	47	78,33

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton HAR
Elaborado por Jimena Luzuriaga. Año 2016

Gráfica 5 Ansiedad Somática



Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton HARS
Elaborado por Jimena Luzuriaga. Año 2016

Análisis de resultados

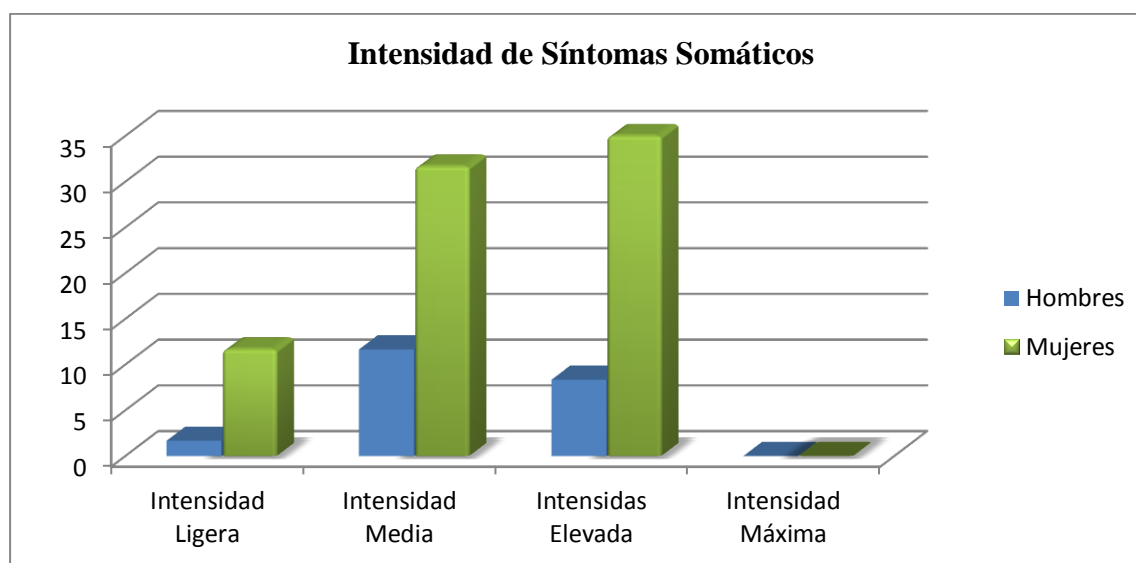
Como resultado de la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton que evalúa Ansiedad Somática y Psíquica se obtuvo que el 100% de los evaluados manifestaron presentar Ansiedad Somática, de los cuales el 78,33% corresponde al género femenino y el 21,66% al género masculino; los signos y síntomas que pone de manifiesto la ansiedad somática en los

cuidadores participantes son: cefalea tensional, dolores musculares, rigidez muscular, sensación de debilidad, agotamiento, sensación de ahogo, taquicardia, palpitaciones, visión borrosa, boca seca, diaforesis, molestias gastrointestinales como dispepsias, gastritis, pérdida de peso, agitación, temblores, y sensaciones parestésicas.

Tabla 6 Intensidad síntomas somáticos

Intensidad de Ansiedad Somática	f	%	Hombres		Mujeres	
			f	%	f	%
Intensidad Ligera	8	13,33	1	1,67	7	11,66
Intensidad Media	26	43,33	7	11,66	19	31,66
Intensidad Elevada	26	43,33	5	8,33	21	35
Intensidad Máxima	0	0	0	0	0	0
Total	60	100%	13	21,66%	47	78,33%

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton HARS
Elaborado por Jimena Luzuriaga. Año 2016

Gráfica 6 Intensidad síntomas somáticos

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton HARS
Elaborado por Jimena Luzuriaga. Año 2016

Análisis de resultados

Los resultados obtenidos reflejan un 43,33% de cuidadores que presentan síntomas a nivel somático con una intensidad elevada e intensidad media, de los cuales los porcentajes más altos corresponde a mujeres con un 35% de cuidadoras que presentan intensidad de sintomatología somática elevada y un 31,66% que presentan síntomas somáticos con una

intensidad media; en menor proporción pero significativa un 13,33% de los cuidadores presentan síntomas somáticos con una intensidad ligera y una vez más son las mujeres quienes presentan un porcentaje más alto que el de los hombres con un 11,66%, mientras que los hombres perciben una intensidad de síntomas somáticos en un 1,66%.

Objetivo 3. Establecer la relación entre Ansiedad y la existencia de sintomatología somática en los familiares cuidadores primarios de pacientes con Discapacidad física, intelectual y mental.

Tabla.7 Relación entre ansiedad, síntomas somáticos y tiempo de cuidado, tipoy grado de discapacidad

VARIABLES	ANSIEDAD				Chi ²	GL	p	V. Cramer
	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTAL				
AÑOS DE CUIDADO								
1 A 5 AÑOS	12,5%	62,5%	25,0%	100,0%				
6 A 10 AÑOS	69,2%	15,4%	15,4%	100,0%				
11 A 15 AÑOS	0,0%	83,3%	16,7%	100,0%				
21 A 25 AÑOS	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	69,390	10,000	5,81x10 ⁻¹¹	0,760
31 A 35 AÑOS	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%				
36 A 40 AÑOS	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%				
TOTAL	16,7%	36,7%	46,7%	100,0%				
TIPO DE DISCAPACIDAD								
DISCAPACIDAD FÍSICA	34,5%	62,1%	3,4%	100,0%				
DISCAPACIDAD INTELECTUAL	0%	20,0%	80,0%	100,0%	44,416	4,000	5,25x10 ⁻⁹	0,608
DISCAPACIDAD MENTAL	0%	0%	100,0%	100,0%				
TOTAL	16,7%	36,7%	46,7%	100,0%				
GRADO DE DISCAPACIDAD								
LEVE	100,0%	0%	0%	100,0%				
MODERADA	33,3%	61,9%	4,8%	100,0%				
GRAVE	0%	25,0%	75,0%	100,0%	43,579	4,000	7,840x10 ⁻⁹	0,603
TOTAL	16,7%	36,7%	46,7%	100,0%				
SEXO								
HOMBRES	7,7%	38,5%	53,8%	100,0%				
MUJERES	19,1%	36,2%	44,7%	100,0%	1,000	2,000	0,607	0,129
TOTAL	16,7%	36,7%	46,7%	100,0%				

Análisis de datos

Los resultados obtenidos muestran que las personas que tienen un tiempo cuidando a su familiar con discapacidad comprendido entre 1 a 5 años presentan en un 62,5% ansiedad moderada; quienes llevan un periodo de cuidado de 6 a 10 años presentan en un 69,2% ansiedad leve; pero quienes han brindado cuidado de 21 a 40 años presentan en un 100% ansiedad grave de los cuales el 78,33% son mujeres y el 21,66% son hombres.

En relación al tipo de discapacidad los cuidadores de pacientes con discapacidad física presentaron en un 62,1% ansiedad moderada; quienes cuidan a pacientes con discapacidad intelectual presentan en un 80% ansiedad grave y quienes proveen de asistencia y cuidado a sus familiares con discapacidad mental presentan en un 100% ansiedad grave.

El grado de discapacidad es otro de los factores influyentes en la presencia de cuadros de ansiedad en los cuidadores, siendo así tenemos que un 100% de cuidadores que cuidan a su familiar con grado de discapacidad leve presentan ansiedad leve; en cambio los cuidadores que tienen bajo su responsabilidad a pacientes con discapacidad moderada presentan en un 61,9% ansiedad moderada; y finalmente quienes cuidan a familiares con discapacidad grave presentan en un 75% ansiedad grave.

Los datos detallados en la tabla permiten concluir que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables tiempo de cuidado, tipo y grado de discapacidad del paciente cuidado y la presencia de sintomatología ansiosa en sus diferentes niveles ya sea leve, moderado o grave y sus manifestaciones a nivel somático, que se presentó en el 100% de los cuidadores siendo las cuidadoras de género femenino las más afectadas por estos factores desencadenantes de patologías que afectan su salud física y mental; además se determinó una dependencia alta entre variables demostrada con el cálculo de la V. de Crammer que es de 0,6; sin embargo es importante destacar que el género no es un factor determinante de cuadros de ansiedad.

g. DISCUSIÓN

El presente estudio realizado acerca de Ansiedad y su relación con síntomas somáticos en los familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad física, intelectual y mental, documenta la presencia de cuadros de ansiedad y su relación con manifestaciones a nivel somático secundarias al cuidado de pacientes con discapacidad; como objeto de estudio la presente investigación estuvo conformada por 60 cuidadores de pacientes con distintas discapacidades, misma que obtuvo los siguientes resultados:

Respecto a la presencia de Ansiedad en los familiares cuidadores se obtuvo como resultado que el 100% de los cuidadores presentan sintomatología ansiosa de los cuales el 78,33% son de género femenino y el 21,66% de género masculino, los cuadros de ansiedad que experimentan estos cuidadores en un 46,66% es grave; en un 36,66% moderada y en un 16,66% leve; datos que concuerdan con un estudio realizado en España, que contó con la participación de 294 cuidadores de pacientes dependientes, cuyos resultados fueron obtenidos mediante la aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton, encontrando un 60% de cuidadores que presentaron ansiedad moderada y el 40% restante presentaron ansiedad leve, lo que indica que el 100% de los participantes presentó cuadros de ansiedad en sus diferentes niveles (Domínguez, Ruíz , & et.al, 2010).

Los datos obtenidos concuerdan con lo encontrado por (Montero, Jurado, & Méndez, 2014) quienes evaluaron a 100 cuidadores de pacientes con cáncer y encontraron que el 34% de cuidadores presentaban ansiedad leve; el 30% ansiedad moderada; y el 16% ansiedad severa; es indiscutible que el cuidador al verse inmerso en múltiples demandas de la vida diaria durante el cuidado, y el entorno en el que se desenvuelven, van a presentar deterioro en su salud emocional presentando patologías que afectan las áreas de funcionamiento individual.

En la presente investigación en relación a la presencia de síntomas somáticos en cuidadores, en el 100% de los participantes se vio reflejados algunos síntomas somáticos como: cefalea tensional, dolores musculares, rigidez muscular, sensación de debilidad, sensaciones parestésicas, taquicardia, diaforesis, falta de apetito, visión borrosa, boca seca, agitación y molestias a nivel gastrointestinal como gastritis, y dispepsias; un 43,33% de los cuidadores experimentaron los síntomas antes descritos con una intensidad elevada y media; y un 13,33% han percibido síntomas a nivel somático con intensidad leve; resultados que concuerdan con un análisis del cuidado informal realizado en Valencia España por (Ruiz Robledillo & Moya Albiol, 2012) que plantean que los cuidadores informan mayor presencia de cansancio, dolor de espalda, cefalea y algias musculares; además de que se ha constatado la presencia de problemas relacionados con la ansiedad y la depresión, así como alteraciones del sueño, apatía e irritabilidad.

Estos estudios se ratifican con otra investigación realizada en Toledo, España con 156 participantes, que fueron evaluados con el Test de Sobrecarga de Zarit y el Cuestionario de Salud de Nottingham para conocer la sobrecarga sentida por los cuidadores, y las repercusiones que este rol representa sobre la calidad de vida, su salud en las esferas psíquica y social, y obtuvo como resultados lo siguiente: la percepción de salud de los participantes en un 48,1% manifestaron que su salud era mala o muy mala, la elevada presencia de problemas de salud entre los participantes de la investigación de estos autores se ve reflejada en un deterioro a nivel global en las esferas de energía, sueño, esfera emocional y de apoyo social. (López Gil, Orueta Sánchez, & et.al, 2009).

En otro estudio realizado en Guayaquil en el año 2014 se encontró que en los sujetos de estudio se identificó que un 50% de los evaluados presentaron un desmejoramiento en las áreas física y psicológica, ya que además del deterioro fisiológico debido a la falta de sueño y a la sobrecarga que representa los cuidados las 24 horas del día los 7 días de la semana por un

tiempo indefinido, también se presentan los sentimientos de culpa, miedo, desesperanza entre otros convirtiéndose en una deterioro paulatino de la salud física y psicológica del cuidador primario (Villamar Pinargote, 2014).

En el presente estudio investigativo se llegó a la conclusión de que existe una alta relación entre las variables tiempo de cuidado en años, tipo, grado de discapacidad y presencia de ansiedad y síntomas somáticos demostrada estadísticamente mediante el programa SPSS; ya que las manifestaciones de ansiedad son directamente proporcionales al tipo y grado de discapacidad, siendo así tenemos que los cuidadores que han brindado cuidado de 21 a 40 años presentan en un 100% ansiedad grave; de acuerdo al tipo y grado de discapacidad los cuidadores de pacientes con discapacidad intelectual grave presentan en un 75% ansiedad grave; datos que concuerdan con los hallazgos encontrados por (Domínguez, Ruíz , & et.al, 2010) quien encontró que la presencia de ansiedad se relaciona de manera estadísticamente significativa con: cuidador no remunerado, apoyo social bajo, diagnóstico previo de ansiedad, e ingesta de medicamentos; en relación a la presencia de ansiedad de acuerdo al grado de dependencia de la persona que cuidan no se encontró relación estadística significativa aunque un 46,1% de cuidadores de pacientes con grado de dependencia moderada presentaban ansiedad; y el 41,7% de cuidadores con ansiedad estaban encargados del cuidado de pacientes con dependencia severa.

Finalmente, es importante mencionar que los resultados aquí presentados permiten establecer una línea de base frente a las características de los cuidadores que pueden orientar programas de intervención dirigidos a esta población. Además, este estudio aporta al conocimiento en el área de la Psicología en lo que respecta al cuidado de pacientes con discapacidad, ya que permite visibilizar la situación actual de los cuidadores informales en diferentes contextos, siempre tomando en cuenta que estas personas son dignas de atención

de calidad que vele por su integridad, a fin de mantener su calidad de vida y favorecer el ejercicio de su labor.

h. CONCLUSIONES

- En la presente investigación se identificó que la totalidad de cuidadores de pacientes con discapacidad, presentan ansiedad significativa que va desde los niveles más leves hasta los cuadros de ansiedad más graves que fueron los más reflejados por los participantes; así mismo las cuidadoras de género femenino quienes se ven más afectadas por esta patología mental.
- Se concluye que la totalidad de la población investigada presenta síntomas a nivel somático secundarios al cuidado y entre los más relevantes se encuentran: cefalea tensional, gastritis, dolores musculares, sensación de debilidad, rigidez muscular, visión borrosa, taquicardia, y diaforesis.
- Existe una relación estadísticamente demostrada entre las variables, tiempo de cuidado en años, el tipo y grado de discapacidad y la presencia de ansiedad y síntomas somáticos en los familiares cuidadores.

i. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública que durante el proceso de calificación el personal de Psicología Clínica que labora en los diferentes niveles de atención y que se encargan de calificación de discapacidad a nivel nacional y en la ciudad de Loja, realicen una evaluación de la persona que se va hacer cargo del paciente con discapacidad a partir del diagnóstico ya que los cuidadores requieren de un espacio en el cual se les permita expresar sus sentimientos, emociones y despejar las dudas que tengan en relación a la manera cómo deben actuar frente a las múltiples demandas y necesidades de la persona que se encuentra bajo su responsabilidad.
- Se recomienda fomentar y difundir la labor que realizan algunas instituciones a nivel nacional como el Ministerio de Inclusión Económica y Social (IESS), o el Ministerio de Salud Pública (MSP), que trabajan capacitando a cuidadores en temas de autoestima, estrategias de afrontamiento, asertividad, fortalecimiento del cuidador, herramientas que están enfocadas en la prevención de trastornos secundarios al cuidado y en la enseñanza de cómo sobrellevar la situaciones que afrontan a diario en sus diferentes contextos.
- Se recomienda la aplicación de la propuesta de intervención por los profesionales de Psicología Clínica con la finalidad de que sirva como una base de inicio de intervención en las personas que presentaron cuadros ansiosos desde el nivel más leve hasta el nivel grave; como medida preventiva y de intervención que permita disminuir niveles de ansiedad y por ende que los familiares cuidadores de pacientes con discapacidad tengan una mejoría en la calidad de su vida y del paciente que cuidan.
- Se recomienda a los familiares cuidadores de pacientes con discapacidad que se informen sobre el cuidado de acuerdo al grado y tipo de discapacidad que presente su familiar; y que no sea una sola persona la que asuma la responsabilidad del cuidado

del paciente, sino que ésta sea compartida ya que esta manera el impacto que se traduce en sobrecarga del cuidado va a disminuir.

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

Tema:

Propuesta de intervención a familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad (física, intelectual y mental).

Presentación:

El presente plan psicoterapéutico estará dirigido para la aplicación por los profesionales de la Salud Mental que puedan tomar como base esta propuesta para realizar la intervención en los familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad física, intelectual y mental que acuden al área de Salud N°3 de la ciudad de Loja, que presenten ansiedad con la finalidad de mejorar su calidad de vida y la de la persona que se encuentra bajo su cuidado.

Justificación:

La construcción del plan terapéutico titulado Plan de intervención en familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad (física, intelectual y mental) se plantea con la finalidad de crear un espacio en el que al cuidador primario se le brinde asistencia psicológica mediante la cual se conozca las reacciones emocionales y el proceso adaptativo ligados al diagnóstico de discapacidad de la persona que se encuentra bajo su cuidado.

Como resultado de la presente investigación se evidenció que la totalidad de los cuidadores participantes presentan ansiedad, razón por la cual se plantea y se recomienda la aplicación del presente diseño de intervención terapéutica que contiene técnicas como: Psicoeducación, Relajación, entre otras, con la finalidad de disminuir dichas manifestaciones ansiosas en estos familiares y de esta manera optimizar el desempeño del cuidado y de las actividades de la vida diaria de los cuidadores.

Metodología

Se plantea un trabajo estructurado y dirigido a profesionales especializados en el área de Psicología Clínica para que mediante el plan psicoterapéutico se desarrollen actividades de

intervención, en las que participen los familiares cuidadores de pacientes con discapacidad, que está encaminado a disminuir los niveles de Ansiedad en estas personas para contribuir en la calidad de vida de los mismos y de las personas que cuidan.

Objetivos

Objetivo General

- Disminuir los niveles de ansiedad en los familiares cuidadores primarios de pacientes con Discapacidad.

Objetivos Específicos

- Educar al cuidador sobre el manejo de pacientes con discapacidad de acuerdo al tipo y grado de discapacidad
- Proporcionar estrategias de afrontamiento para disminuir los niveles de Ansiedad en los familiares cuidadores

ACTIVIDADES

FASE 1 TECNICAS DE RESPIRACIÓN Y RELAJACION

SESIÓN N°1

En esta sesión se le brindará al paciente la técnica de la respiración diafragmática que permite disminuir los niveles de ansiedad, incluso los niveles más básicos de las manifestaciones ansiosas.

La técnica consiste en dos movimientos principales, un movimiento de entrada de oxígeno (**inspiración**) y uno de salida de dióxido de carbono (**expiración**). Cuando tomamos aire, inhalamos, el diafragma desciende, dejando más espacio para que los pulmones se llenen completamente de aire, el paciente debe detener la respiración durante 5 segundos y luego expulsarlo, ya que mientras expulsamos el aire, exhalación, el diafragma se relaja y vuelve a su posición original; este proceso debe repetirse al menos seis veces para disminuir las manifestaciones ansiosas.

SESIÓN N°2

Técnica Progresiva de Jacobson

En esta sesión se aplicará la técnica de relajación progresiva de Jacobson para lo cual se debe:

- Sentar al paciente en una silla confortable, que tenga reposabrazos,
- El paciente debe realizar una respiración diafragmática que se debe repetir 2 a 3 veces
- Poner música suave/armónica de fondo
- Se le indica al paciente que trate de imaginar un lugar bonito cuyo clima sea cálido puede ser una playa en la cual se pueda recostar sobre la arena y lo único que escucha es música.
- Se indica lo siguiente “Usted está totalmente relajado desde la punta de los pies hasta la cabeza” entonces se indica que se empezará a tensionar y relajar los grupos específicos de músculos empezando desde la extremidad superior, después de tensionar un músculo, este se encontrara más relajado que antes de aplicar la tensión.
- El paciente debe concentrarse en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación.
- No se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que estamos trabajando en cada paso.
- No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos.
- Se debe indicar al paciente que debe respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación.
- Cada tensión debe durar unos 10 segundos y se debe contar mentalmente "1, 2, 3"
- Cuando haya terminado la tension de todos los grupos musculares se debe indicar al paciente que va a empezar a salir de ese lugar seguro, se espera unos segundos y se indica que debe despertar a la cuenta de 5.

- Se pregunta la experiencia de la relajación
- Se le debe recalcar al cuidador (paciente) que todo lo trabajado en esta sesión debe ser practicado de forma continua en casa a fin de perfeccionar la técnica y de que éste, cuente con herramientas validadas en el campo psicoterapéutico para la disminución de la sintomatología ansiosa

FASE 2 INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

Las intervenciones psicoeducativas son un recurso a través del cual se le proporciona a los cuidadores información y entrenamiento en habilidades para cuidar mejor y cuidarse mejor; las intervenciones psicoeducativas o psicosociales se realizan generalmente en grupo, aunque se pueden realizar también de manera individual, el formato de intervención grupal proporciona a los cuidadores nuevas experiencias en la forma de actuar a partir de las sugerencias de otros cuidadores; este tipo de intervención debe estar conformada por 4 y 8 cuidadores y las charlas deben ser breves con una duración máxima de 90 minutos. (IMSERSO, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (España) , 2006)

SESIÓN N°1

En esta sesión se les brindará a los cuidadores una charla educativa sobre Discapacidad, el concepto, tipos y grados de discapacidad, datos en cifras de discapacidad a nivel nacional y local, cuidado de pacientes con discapacidad de acuerdo al grado y tipo, esto engloba conocer la manera cómo tratar a la persona con discapacidad, conocer la afectación de la autonomía del paciente en cuanto a higiene, alimentación, movilización y seguridad, con la finalidad de que los cuidadores conozcan las necesidades de la persona que cuidan y puedan estar preparadas para afrontar situaciones que se susciten en el diario vivir, y anticipar adaptaciones para el desempeño del cuidado en el hogar; en el mismo taller debe incentivar a los cuidadores a que pidan ayuda cuando la necesitan con la finalidad de que esto contribuya a disminuir la carga percibida durante el cuidado.

SESIÓN N°2

En esta sesión se les brindará a los cuidadores una charla educativa sobre la necesidad de cuidar al cuidador; es decir la necesidad de cuidar de ellos mismos, ya que muchas veces cuidar a otra persona implica una serie de experiencias que pueden perjudicar notablemente al cuidador tanto física como psicológicamente; entonces se les debe brindar pautas que les permita estar en las mejores condiciones físicas y emocionales, para un correcto desenvolvimiento en sus actividades de la vida diaria y en las actividades que implica el cuidado; a los cuidadores se les debe indicar que deben: dormir lo suficiente; realizar ejercicio al menos una a dos veces por semana; planificar el tiempo con la finalidad de que se puedan turnar el cuidado con otro miembro de la familia y lograr descansar durante el día; disminuir alimentos que no le permitan conciliar el sueño por las noches, poner en práctica las técnicas de relajación para disminuir ansiedad; a más de ello es importante que los cuidadores identifiquen señales de desgaste en ellos mismos y sepan cómo actuar de inmediato; todas estas herramientas le permitirán al cuidador percibir una mejoría en su calidad de vida y en la de su familiar cuidado.

SESIÓN N°3

En esta sesión se trabajará en el fortalecimiento de autonomía del paciente con discapacidad, es importante que los cuidadores no se hagan cargo de absolutamente todas las actividades de la vida diaria que deben realizar sus familiares con discapacidad, ya que en múltiples ocasiones eso se trae consigo una mayor carga para el cuidador, al fortalecer autonomía en el paciente con discapacidad le va a permitir fortalecer su autoestima ya que va a hacer uso de las facultades que tiene y de esta manera pueden llegar aprender a realizar por sí mismos el mayor número de actividades; el estimularlos para que tomen sus propias decisiones es otra de las maneras de fomentar el autoestima así como también el brindarles la posibilidad de que realicen actividades de distracción como manualidades, escuchar música,

que puedan leer un cuento o un libro, ver televisión, realizar sus ejercicios de rehabilitación etc.; el fortalecer autonomía en los familiares con discapacidad va a disminuir la preocupación constante que tiene el cuidador primario acerca de la seguridad y bienestar de su familiar.

SESIÓN N°4

En esta sesión se trabajará en fortalecimiento de Autoestima en los cuidadores, se trata de mejorar el auto concepto mediante la identificación de los recursos personales (para utilizarlos de manera adecuada) y de las deficiencias o aspectos negativos (para aprender a canalizarlos, aceptarlos y superarlos en la medida de sus posibilidades) en esta sesión se dará a conocer a los cuidadores los derechos que tienen con la finalidad de que conozcan sus derechos y los pongan en práctica y de esta manera logren un buen desempeño y por ende una mejor calidad de vida.

SESIÓN N°5

En esta sesión se realizará terapia grupal en la cual se les brinde a los cuidadores la opción de identificar la relación entre situación, pensamiento, sentimiento y comportamiento; se realiza el ejercicio en grupos de 3 o 4 personas siempre animando a los cuidadores a que expresen sus experiencias del cuidado en los diferentes contextos, con la finalidad de poder identificar pensamientos negativos como: pensamiento absolutista; filtraje; anticipación; y poder enseñar a los cuidadores a modificarlos mediante herramientas como: parada del pensamiento; técnicas de distracción; asertividad; resiliencia.

FASE 3 CIERRE TERAPEUTICO

En el cierre terapéutico se debe trabajar con los familiares cuidadores en grupo en el cual se realice un taller práctico con profesionales especializados con la finalidad de que se les brinde a los cuidadores psicoeducación en cuanto a temáticas relacionadas con cuidados como: cambios posturales; alimentación; estimulación; cuidado de la piel, afrontamiento a

situaciones que generan estrés en el cuidador y en el paciente con discapacidad y puedan de esta manera despejar dudas acerca de los diferentes contextos en los que se ven inmersos.

Al final de la sesión se realiza el cierre terapéutico, motivando a los participantes a continuar con la labor que realizan, haciendo énfasis en sus capacidades y el desarrollo de habilidades de afrontamiento que han perfeccionado a raíz de haber recibido atención psicológica.

FASES	TIEMPO	ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLE
<p style="text-align: center;">FASE</p> <p style="text-align: center;">1</p>	<p>90</p> <p>minutos</p>	<p style="text-align: center;">Técnicas de respiración y relajación</p> <p style="text-align: center;">Sesión N°1</p> <p>1. Técnica de la respiración diafragmática</p>	<p>En esta sesión se le brindará al paciente la técnica de la respiración diafragmática que permiten disminuir los niveles de ansiedad, incluso los niveles más básicos de las manifestaciones ansiosas.</p> <p>La técnica consiste en dos movimientos principales, un movimiento de entrada de oxígeno (inspiración) y uno de salida de dióxido de carbono (expiración). Cuando tomamos aire, inhalamos, el diafragma desciende, dejando más espacio para que los pulmones se llenen completamente de aire, el paciente debe detener la respiración durante 5 segundos y luego expulsarlo, ya que mientras expulsamos el aire, exhalación, el diafragma se relaja y vuelve a su posición original; este proceso debe repetirse seis veces para disminuir las manifestaciones ansiosas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Silla 2. Escritorio 3. Recursos Humanos 4. Registro 5. Esferos 	<p>Psicologo/a Clínico</p>
		<p style="text-align: center;">Sesión N°2</p> <p>1. Entrenamiento de la respiración diafragmática</p> <p>2. Aplicación de la técnica de relajación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentar al paciente en una silla confortable, que tenga reposabrazos, ▪ El paciente debe realizar una respiración diafragmática que se debe repetir 2 a 3 veces ▪ Poner música suave/armónica de fondo ▪ Se le indica al paciente que trate de imaginar un 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Silla 2. Escritorio 3. Recursos Humanos 4. Registro 	<p>Psicologo/a Clínico</p>

<p style="text-align: center;">FASE</p> <p style="text-align: center;">1</p>	<p style="text-align: center;">90</p> <p style="text-align: center;">minutos</p>	<p>progresiva</p>	<p>lugar bonito cuyo clima sea cálido puede ser una playa en la cual se pueda recostar sobre la arena y lo único que escucha es música.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se indica lo siguiente “Usted está totalmente relajado desde la punta de los pies hasta la cabeza” entonces se indica que se empezará a tensionar y relajar los grupos específicos de músculos empezando desde la extremidad superior, después de tensionar un músculo, este se encontrara más relajado que antes de aplicar la tensión. ▪ El paciente debe concentrarse en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación. ▪ No se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que estamos trabajando en cada paso. ▪ No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos. ▪ Se debe indicar al paciente que debe respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. ▪ Cada tensión debe durar unos 10 segundos y se debe contar mentalmente "1, 2, 3" ▪ Cuando haya terminado la tensión de todos los grupos musculares se debe indicar al paciente 	<p>5. Esferos</p>	<p style="text-align: center;">Psicologo/a Clínico</p>
--	--	-------------------	---	-------------------	--

			<p>que va a empezar a salir de ese lugar seguro, se espera unos segundos y se indica que debe despertar a la cuenta de 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se pregunta la experiencia de la relajación ▪ Se le debe recalcar al cuidador (paciente) que todo lo trabajado en esta sesión debe ser practicado de forma continua en casa a fin de perfeccionar la técnica y de que éste, cuente con herramientas validadas en el campo psicoterapéutico para la disminución de la sintomatología ansiosa 		
FASE 2	90 minutos	Intervención psicoeducativa	<p>Las intervenciones psicoeducativas son un recurso a través del cual se le proporciona a los cuidadores información y entrenamiento en habilidades para cuidar mejor y cuidarse mejor; las intervenciones psicoeducativas o psicosociales se realizan generalmente en grupo, aunque se pueden realizar también de manera individual, el formato de intervención grupal proporciona a los cuidadores nuevas experiencias en la forma de actuar a partir de las sugerencias de otros cuidadores.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Computadora 2. Diapositivas 3. Infocus 4. Pizarrón 5. Marcadores 6. Hojas de papel Bond 7. Esferos 8. Hojas de registro 	Psicologo/a Clínico

<p>FASE</p> <p>2</p>	<p>90</p> <p>minutos</p>	<p>Sesión N°1</p> <p>1. Dinámica de presentación</p> <p>2. Charla psicoeducativa</p>	<p>1. Dinámica de presentación ¿Quién está al lado mío?; se presentarán tanto cuidadores como la persona que dirige el grupo. Las siguientes preguntas son claves en esta dinámica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cómo te llamas? ▪ ¿A quién cuidas? ▪ ¿Vive contigo la persona que cuidas? ▪ ¿Vives con otras personas? ▪ ¿Recibes ayuda para el cuidado? <p>2. Charla educativa con los siguientes contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concepto de Discapacidad ▪ Tipos y grados de Discapacidad ▪ Datos a nivel nacional y local ▪ Cuidado de un paciente de acuerdo al tipo y grado de discapacidad <ul style="list-style-type: none"> a. Como tratarlo b. Conocer la afectación que tienen en los siguientes aspectos <ul style="list-style-type: none"> Alimentación Higiene Movilización y seguridad ▪ Pedir ayuda cuando la necesito. 	<p>de asistecia</p>	<p>Psicologo/a Clínico</p>
<p>FASE</p> <p>2</p>	<p>90</p> <p>minutos</p>	<p>Sesión N°2</p> <p>1. Dinámica de inicio</p> <p>2. Charla psicoeducativa</p>	<p>1. Dinámica de inicio del taller que sirva para que los cuidadores disfruten de las charlas y no hagan monótonas</p> <p>2. Charla educativa con los siguientes contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La importancia de cuidar de sí mismos ▪ Importancia de mantenerse en un buen estado mediante <ul style="list-style-type: none"> a. Descanso adecuado b. Realizar ejercicio 	<p>1. Computadora</p> <p>2. Diapositivas</p> <p>3. Dinámica</p> <p>4. Recursos Humanos (Cuidadores)</p>	<p>Psicologo/a Clínico</p>

			<ul style="list-style-type: none"> c. Planificación del tiempo d. Turnarse el cuidado con otro miembro de la familia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Señales de desgaste físico y emocional en cuidadores y ellos deben: <ul style="list-style-type: none"> a. Identificar las señales de desgaste en ellos con la finalidad de que puedan acudir a los servicios de salud para un tratamiento b. Pongan en práctica las técnicas de relajación para disminuir síntomas de Ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Infocus 6. Pizarrón para las ideas de los participantes respecto a cómo manejar el estrés o desgaste en ellos mismos. 7. Marcadores 	
FASE 2	90 minutos	Sesión N°3 <ul style="list-style-type: none"> 1. Dinámica de inicio 2. Charla psicoeducativa 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dinámica de Inicio del taller 2. Charla educativa con los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecimiento de Autonomía del paciente con discapacidad ▪ Fortalecimiento de Autoestima en el paciente con discapacidad ▪ Motivar o estimular a los pacientes mediante la enseñanza para que aprenda a realizar el mayor número de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Computadora 2. Diapositivas 3. Infocus 4. Pizarrón 5. Marcadores 	Psicólogo/a Clínico
FASE 2	90 minutos	Sesión N°4 <ul style="list-style-type: none"> 1. Dinámica de inicio 2. Charla psicoeducativa 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dinámica de inicio 2. Charla educativa con los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecimiento de Autoestima en el cuidador ▪ Qué es autoestima ▪ Niveles de Autoestima ▪ Hacer un ejercicio práctico <ul style="list-style-type: none"> a. ¿Quién soy yo? ▪ Identificar aspectos positivos ▪ Hacer énfasis en la gran labor que desempeñan a diario y felicitarlos por el buen desempeño que tienen 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Computadora 2. Diapositivas 3. Infocus 4. Pizarrón 5. Marcadores 6. Hojas de papel 	Psicólogo/a Clínico

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar aspectos negativos en ellos mismos enseñarles a aceptarlos, analizarlos e ir cambiándolos en medida de sus posibilidades 	7. Esferos	
FASE 2	90 minutos	Sesión N°5 <ol style="list-style-type: none"> 1. Dinámica de inicio 2. Charla psicoeducativa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinámica <ol style="list-style-type: none"> a. Conformación de grupos de 3 o 4 personas b. Cada uno llena el modelo Situación-Pensamiento-Sentimiento-Conducta c. Se anima a los cuidadores a expresar lo que escribieron d. Lectura de un ejemplo de dos contextos diferentes de una persona cuidadora (percepción del cuidado desde el ámbito familiar y percepción de ella sobre el cuidado) 2. Charla educativa <ol style="list-style-type: none"> a. Cómo parar los pensamientos negativos b. Técnicas de distracción del pensamiento c. Técnicas de relajación d. Asertividad e. Resiliencia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Computadora 2. Diapositivas 3. Ejemplos de cuidado desde diferentes puntos de vista 4. Esferos 5. Hojas de papel 6. Infocus 7. Material de Apoyo del taller práctico 	Psicólogo/a Clínico
FASE 3	45 minutos	Cierre Terapéutico	En el cierre terapéutico se debe trabajar con los familiares cuidadores en grupo en el cual se realice un taller práctico con profesionales especializados con la finalidad de que se les brinde a los cuidadores psicoeducación en cuanto a temáticas relacionadas con cuidados como: cambios posturales; alimentación; estimulación; cuidado de la piel, afrontamiento a situaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Computadora 2. Diapositivas 3. Tripticos de los servicios que ofrecen los diferentes niveles de atención 	Psicólogo/a Clínico Médico Enfermero/a

			<p>que generan estrés en el cuidador y en el paciente con discapacidad y puedan de esta manera despejar dudas acerca de los diferentes contextos en los que se ven inmersos.</p> <p>Al final de la sesión se realiza el cierre terapéutico, motivando a los participantes a continuar con la labor que realizan, haciendo énfasis en sus capacidades y el desarrollo de habilidades de afrontamiento que han perfeccionado a raíz de haber recibido atención psicológica.</p>	<p>4. Recursos Humanos</p> <p>5. Mesa</p> <p>6. Silla</p>	
--	--	--	---	---	--

j. BIBLIOGRAFÍA

- AAIDD. (2010). *Asociacion Americana de Discapacidades Intelectuales* (Decima primera 11° ed.).
- Alonso, A., Garrido, A., & et.al. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Revista de Atención Primaria*.
- Álvarez, G. E., & Fernández, R. L. (1991). Síndrome de "Burnout" o desgaste profesional. *Rev. la Asoc. Española de Neuropsiquiatría*.
- Araneda , G., Aparicio , A., Escobar , P., Huaiquivil , G., & Méndez , K. (2006). Cracteristicas del cuidador principal y su relacion con la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal. *Revista cultura de los cuidados, Vol.20(num.9), 79-86*.
- Asociacion Americana de Psiquiatría. (2013). *Guia de consulta de los criterios diagnosticos del DSM-5* (5ta Edicion ed.). Arlington VA 22209-3901: Asociacion Americana de Psiquiatría.
- Barbero, B. L. (2010). *Intervención en la Atención Sociosanitario en las Instituciones* (Primera edición ed.). Vigo: Ideas propias.
- Barrón, B. S., & Alvarado, A. S. (2009). Desgaste Fisico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Revista Incan, 41*.
- Bennasar, M. R. (2010). Trastorno de Ansiedad Generalizada. En M. R. Bennasar, *Trastornos Neuróticos* (pág. 275). Barcelona (España): Lexus Editores.
- Bennasar, R. M. (2010). *Trastornos Neuróticos*. (Lexus, Ed.) Arss.
- Bermejo C, M. M. (2003). Recuperado el 22 de 01 de 2016, de http://www.nureinvestigacion.es/proyectos_obj.cfm?ID_INV_NURE=34&FilalInicio=21http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192001000200007&script=sci_arttext
- Camacho, L., Hinostrosa, G., & Jimenez, A. (2010). Sobrecarga del Cuidador primario de personas con Deterioro Cognitivo y su relacion con el tiempo de cuidado. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, Vol.7, 2*.
- Chang EW, T. Y. (2007). Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psycho-Oncology, 950-955*.
- CIE-10. (1999). *Clasificacion Internacional de Enfermedades*. Madrid: Meditor.
- CIE-10. (1999). *Retraso Mental Leve* (Decima ed.). Meditor.
- CIE-10, C. I. (1992). *Trastornos mentales y del Comportamiento* (10ma Edición ed., Vol. Volumen 10). Madrid: Meditor.
- Compean González, J., Silerio Vázquez, J., Castillo Díaz, R., & Parra Domínguez, M. L. (2008). Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas. *Revista CONAMED, vol. 13, 17-21*.
- CONADIS. (2012). Consejo Nacional de Igual de Discapacidades, Guia sobre Discapacidades. *S.n., 15*.

- CONADIS. (2014). *NORMAS JURIDICAS EN DISCAPACIDAD EN ECUADOR*. QUITO, ECUADOR: IMPRENTA DON BOSCO.
- CONADIS, C. N. (2013). *AGENDA NACIONAL PARA LA IGUALDAD EN DISCAPACIDADES*. QUITO: Sin.Edit.
- Domínguez, J., Ruíz, M., & et.al. (2010). Ansiedad y Depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Rev. Elsevier España S.L y SEMERGEN*, vol. 38(num. 1), 16-23.
- Duran, M. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad* (Segunda edición ed.). Madrid: España: Editorial Fundación BBVA.
- Figuroa, J. (2010). Situación del cuidador y características del cuidado de personas con discapacidad en Santiago de Cali. *Revista Chilena Salud Pública*, vol.15(num. 2), 83-89.
- García Portilla, M. P., & Cols, y. (2006). *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica* (Cuarta Edición ed.). Barcelona, Madrid, España: Ars Medica.
- García, J. R. (2010). Los tiempos del cuidado El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. (Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo, & IMSERSO, Edits.) *IMSERSO Instituto de Mayores de Servicios Sociales*, 55.
- Guzmán López, E., & Guzmán Rojas, A. (2014). *MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS INCAPACITANTES VINCULADOS A COOMEVA EPS SECCIONAL IBAGUÉ*. Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Departamento de Psicología. Colombia: Publicación de la Universidad UNAD-CEAD IBAGUÉ.
- IMSERSO. (1999). *Valoración de las situaciones de minusvalía*. IMSERSO.
- IMSERSO. (1999). *Valoración de las situaciones de minusvalía*. IMSERSO.
- IMSERSO. (1999). *Valoración de las situaciones de Minusvalía*. IMSERSO.
- IMSERSO, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (España) . (2006). *Estudio e Intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia: el papel de los pensamientos disfuncionales*. (IMSERSO, Ed.) Madrid.
- Larban Vera, J. (2010). Ser cuidador; el ejercicio de cuidar. *Rev. SEpypna*, 50-55.
- Ley Orgánica de Discapacidades. (2012). *Registro Oficial Nro 726 del 25 de Septiembre de 2012*. Quito-Ecuador: Consejo Nacional de Discapacidades.
- López Gil, M. J., Orueta Sánchez, R., & et.al. (10 de Mayo de 2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, II(7).
- Martínez Flores, E. T., & Sisalima Flores, J. P. (2015). *CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: SOBRECARGA Y CALIDAD DE VIDA*. Cuenca: Publicación de la Universidad de Cuenca.

- Martínez, A., Nadal, S., & et.al. (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con Esquizofrenia: factores determinantes. *Navarra: ANALES*, 101-110.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (30 edición ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, USA.
- Ministerio de Igualdad de España. (2008). Cuidado a personas dependientes prestados por mujeres, valoración económica. (I. d. Mujer, Ed.) *Publicacion del Ministerio de Igualdad de España 2008*.
- Montalvo, A., & Flores, I. (2008). Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. *Revista Salud Uninorte. Barranquilla, Colombia, vol.24(num. 2)*, 181-190.
- Montero, X., Jurado, S., & Méndez, J. (Junio de 2014). Carga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicología y Salud, vol. 24(num. 1)*, 45-53.
- MSC, M., & CSC, C. (Septiembre de 2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Guía de práctica clínica, Ministerio de Sanidad y Consumo, Guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud. Madrid, Madrid.
- MSP, Ministerio de Salud Pública. (2014). Cuidados Paleativos, Guía Práctica Clínica. (L. C. Editores, Ed.) Quito, Quito, Ecuador: MSP.
- OMS. (2011). *Informe Mundial sobre Discapacidad*. Malta: sin editorial.
- OMS Y BM. (2011). *INFORME MUNDIAL SOBRE LA DISCAPACIDAD*. GINEBRA.
- Pinzón Rocha, M. L., Aponte Garzón, L. H., & Galvis López, C. R. (2012). Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida. *Publicación de la Universidad de los Llanos, Colombia, vol. 16(num. 2)*, 107-117.
- Restrepo M, J. y. (2004). *Psiquiatría* (4ta ed.). (R. J. Toro, & L. E. Yepes Roldán, Edits.) Colombia, Medellín, Colombia: Fondo Editorial CIB.
- Ricardo, D. T. (2004). Trastorno de Ansiedad Generalizada. En J. Restrepo, *Psiquiatría* (pág. 204). Colombia: Corporacion para Investigaciones Biologicas CIB.
- Rodriguez, M. M. (s.a). *Consejería de Salud y Servicios Sanitarios*. Recuperado el 28 de Noviembre de 2016, de Guía de atención a las personas cuidadoras:
http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/guia_atencion_personas_cuidadoras.pdf
- Rogero, G. J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev. Esp Salud Pública*, pag 393-405.
- Roig, M., Abengózar, T. M., & et.al. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer.
- Rojo Rodes, J. E., & Cirera Costa, E. (1997). *Interconsulta Psiquiátrica*. Barcelona, España: Masson.
- ROJO, R. J., & CIERA, C. E. (1999). *Interconsulta Psiquiátrica*. Barcelona, España: MASSON, SA.

- Rolland, J. (2000). *Familia, Enfermedad y Discapacidad: una propuesta desde la Terapia Sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Ruiz Robledillo, N., & Moya Albiol, L. (2012). El cuidado informal: Una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 22-30.
- Schene, A., Wijngaarden, B., & Koeter, M. (1998). Famile Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress. *Oxford: Schizophrenia Bulletin*, 609-618.
- Schlatter, J. (2010). Trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos. En F. O. Sánchez Pedreño, *Lecciones de Psiquiatría* (pág. 190). España: Editorial médica Panamericana, S.A.
- Servicio de prevención de riesgos laborales, S. (2005). Disputación provisional de Malaga. *Publisaud: Boletín No 84*.
- Villamar Pinargote, R. C. (2014). *Presencia del "síndrome del cuidador" en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil*. Guayaquil: Publicacion de la Universidad de Guayaquil.
- Villamar, P. R. (2014). *Presencia del síndrome del cuidador en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG*. Universidad de Guayaquil, Guayaquil.
- Villar, F. (2009). *Discapacidad, Dependencia y Autonomía en la Vejez* (Primera edición ed.). España: Aresta.
- Yonte Huete, F., Urién Pérez, Z., Martín Gutiérrez, M., & Montero Herrero, R. (2010). Sobrecarga del cuidador principal. *Revista de Enfermería Castilla y León, vol.2(num. 1)*, 59-69.
- Zambrano, C., & Ceballos, C. (2007). Síndrome de carga dle cuidador . *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 26-39.
- Zarit, S., Bottigi, K., & Gaugler, J. (2007). *Encyclopedia of Stress*. San Diego: Academic Press.

k. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Investigacion

Respetado(a) señor(a)..... por medio del presente documento yo **Jimena Patricia Luzuriaga Bonilla** estudiante del 10mo Mòdulo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, le solicito la participación voluntaria de una prueba psicológica titulada **TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON**; y de una Encuesta que he redactado como complemento a la investigación que tiene como objetivo medir **ANSIEDAD Y SU RELACION CON SINTOMAS SOMÀTICOS EN FAMILIARES CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD QUE ACUDEN AL ÀREA DE SALUD Nª3 DE LA CIUDAD DE LOJA.**

La información obtenida a partir de sus respuestas en la prueba tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de los resultados y puntuaciones obtenidas en la prueba.

En consideración de lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de esta prueba (si desea participar por favor marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado)

(Yo) Nombre del participante..... identificado(a) con el número de cédula....., expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar de la realización de la prueba y encuesta.....en la fecha y lugar.....

En mi consideración firma.

.....

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

NOMBRE:..... **FECHA:**.....

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

0= Ausente; 1= Intensidad Ligera; 2 = Intensidad Media; 3=Intensidad Elevada;
4= Intensidad Máxima

ITEM DE EVALUACIÓN	0	1	2	3	4
1. Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.					
2. Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3. Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4. Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5. Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.					
6. Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8. Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10. Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: Dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
13. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					

<p>14. Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitations. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestaño.</p>					
--	--	--	--	--	--

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Ansiedad Psíquica	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 14	TOTAL
Ansiedad Somática	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	

Niveles de Ansiedad	TOTAL
Ansiedad Nula (0-5)	
Ansiedad Leve (6-14)	
Ansiedad Moderada (15-25)	
Ansiedad Grave (26-56)	

Intensidad de Síntomas Somáticos	TOTAL
Intensidad Ligera (1-13)	
Intensidad Media (14-20)	
Intensidad Elevada (21-27)	
Intensidad Máxima 28 puntos	

ENCUESTA DIRIGIDA A FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLINICA**



Reciba un cordial saludo de la estudiante de la carrera de psicología clínica quien está interesada en conocer acerca de un tema de suma importancia como la presencia de ansiedad en los familiares cuidadores de personas con discapacidad y la manera cómo esta se relaciona con la sintomatología somática en estas personas, la presente encuesta que solicitamos de la manera más comedida sepa responder con absoluta honestidad, de antemano le agradecemos por colaborar con la presente investigación.

Nombre:..... Edad:.....

Fecha:.....

1. SEÑALE EL GÉNERO CON EL QUE SE AUTOIDENTIFICA

- () Femenino
() Masculino

2. SEÑALE EL GRADO DE ESCOLARIDAD QUE UD TIENE

- () Primaria
() Secundaria
() Instrucción superior

3. ¿CUIDA A LA PERSONA A SU CARGO DESDE EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO?

- () Si
() No

4. ¿DE LAS SIGUIENTES OPCIONES DIGNESE A RESPONDER QUE PARENTEZCO TIENE UD CON EL PCD?

- () PADRE
() MADRE
() HERMANO/A
() TIO/A
() SOBRINO/A
() NIETO/A

OTROS ESPECIFIQUE.....

5. ¿DE LAS SIGUIENTES OPCIONES DIGNESE A RESPONDER QUE TIPO DE DISCAPACIDAD TIENE LA PERSONA QUE SE ENCUENTRA BAJO SU CUIDADO?

- () Física
() Intelectual
() Psicosocial (mental)

Diagnostico.....

6. ¿DE LAS SIGUIENTES OPCIONES QUE GRADO Y PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD TIENE LA PERSONA QUE SE ENCUENTRA BAJO SU CUIDADO?

- () Leve

- () Moderado
- () Grave

Porcentaje.....

7. ¿DE LAS SIGUIENTES OPCIONES SEÑALE EL TIEMPO QUE UD SE HA ENCARGADO DEL CUIDADO DE LA PCD?

- () 1-5 años
- () 5-10 años
- () 10-15 años
- Más de 16 años especifique.....

8. ¿CUANTAS HORAS DEDICA UD A CUIDAR AL PCD AL DÍA?

- () Menos de 6 horas
- () De 7 a 12 horas
- () De 13 a 23 horas

9. CUENTA UD CON ALGUN APOYO PARA EL CUIDADO DE LA PCD ESPECIFIQUE

.....
.....

10. CUANTO TIEMPO DEDICA UD A REALIZR OTRAS ACTIVIDADES QUE NO SE RELACIONEN CON EL CUIDADO DE LA PCD

- () Menos de 6 horas
- () De 7 a 12 horas
- () De 13 a 23 horas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA



Oficio N°. 386- CPSCL-ASH-UNL
Loja, 30 de mayo de 2015

Dr.
Miguel Morocho
DIRECTOR TECNICO DEL CENTRO DE SALUD N° 3
Ciudad

De mi consideración:

Me es grato dirigirme a usted, con la finalidad de hacerle llegar un cordial saludo y a la vez solicitarle muy comedidamente, se digne autorizar a quien corresponda se de todas las facilidades a la señorita **JIMENA PATRICIA LUZURIAGA BONILLA**, estudiante del 2° Módulo de la Carrera de Psicología Clínica, a fin de aplicar los reactivos para la investigación del Proyecto Título: "ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LOS FAMILIARES CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD (FÍSICA, INTELLECTUAL Y MENTAL) QUE ACUDEN AL AREA DE SALUD N° 3 DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2016".

Por la atención que se digne dar a la presente, le expreso mis más sinceros agradecimientos.

Muy atentamente

C. P. I. C.

Dra. Ana Catalina Puentes Azanza.,
COORDINADORA DE LA CARRERA
DE PSICOLOGIA CLINICA

C/c **JIMENA PATRICIA LUZURIAGA BONILLA**, CARPETA ESTUDIANTE Y
ARCHIVO

Elaborado: Lic. Mariucha Terán Palacios

Dirección: Av. Manuel Ignacio Montano, tras el Hospital Isidro Ayala

Teléfono: 2571379 - Ext.110

DIRECCION DISTRITAL 11001
LOJA - SALUD
RECIBIDO
CENTRO DE SALUD N°. 3

Fecha: 03-06-2015

Hora: 13:10

Firma: *[Firma manuscrita]*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
AREA DE LA SALUD HUMANA



Oficio N° 386- CPSCL-ASH-UNL
Loja, 30 de mayo de 2015

Di
Miguel Morocho
DIRECTOR TECNICO DEL CENTRO DE SALUD N° 3
Ciudad

De mi consideración:

Me es grato dirigirme a usted, con la finalidad de hacerle llegar un cordial saludo y a la vez solicitarle muy comedidamente, se digne autorizar a quien corresponda se de todas las facilidades a la señorita **JIMENA PATRICIA LUZURIAGA BONILLA**, estudiante del X Módulo de la Carrera de Psicología Clínica, a fin de aplicar los reactivos para la investigación del Proyecto titulado: **"ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LOS FAMILIARES CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD (FÍSICA, INTELLECTUAL Y MENTAL) QUE ACUDEN AL AREA DE SALUD N° 3 DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2016"**.

Por la atención que se digne dar a la presente, le expreso mis más sinceros agradecimientos.

Muy atentamente

C.P.I.C

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza.,
COORDINADORA DE LA CARRERA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

*Coordinar con
mi Sr. Morocho*

[Handwritten signature]

C/c **JIMENA PATRICIA LUZURIAGA BONILLA, CARPETA ESTUDIANTE Y ARCHIVO**

Elaborado: Lic. Mariudka Terán Palacios

DIRECCION DISTRITAL 1100
LOJA - SALUD
RECIBIDO
CENTRO DE SALUD N° 3

Fecha : 31-05-2016

Hora : 10:00

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros, tras el Hospital Isidro Ayora.

Teléfonos: 2571379 - Ext.110

Firma : *[Handwritten signature]*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
SECRETARIA GENERAL

Trámite N°. 008239

Of. N°. 02774 SG – ASH – UNL
Loja, 15 de noviembre de 2016

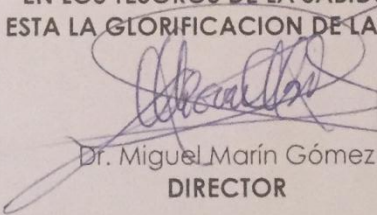
Doctor
Germán Vélez Reyes
DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA
Presente.-

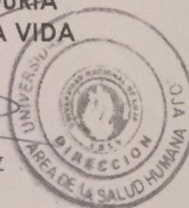
De mi especial consideración:

Con la finalidad de atender el pedido presentado por la Dra. Anatel Larriva Borrero, Coordinadora de la Carrera de Psicología Clínica, mediante Of. N°. 661 CPSCCL ASH UNL de 11 de noviembre de 2016, recibido en esta secretaría el 15.11.16; de conformidad a lo establecido en el Art. 163 del Reglamento de Régimen Académico; y, en vista de que la Psc. Clín. Stefany Miroslava Arévalo Cuenca, ya no presta sus servicios profesionales en esta unidad académica; me permito designar a usted como Director de la tesis denominada **"ANSIEDAD Y SU RELACION CON SINTOMAS SOMATICOS EN LOS FAMILIARES CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD (FÍSICA, INTELECTUAL Y MENTAL) QUE ACUDEN AL AREA DE SALUD N°. 3 DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2016"**, de autoría de Jimena Patricia Luzuriaga Bonilla, estudiante de la carrera de Psicología Clínica.

Aprovecho la oportunidad para reiterar mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA**


Dr. Miguel Marín Gómez
DIRECTOR



Copia: Coord. Psic. Clínica, Jimena P. Luzuriaga Bonilla, Expediente, Archivo.
FOR/yadycordova

CERTIFICACIÓN

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg.Sc.
Director de Tesis

CERTIFICA

Que el presente trabajo de investigación denominado **“ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LOS FAMILIARES CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD (FISICA, INTELECTUAL Y MENTAL), QUE ACUDEN AL ÁREA DE SALUD N°3 DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO 2016”**, realizado por la Srta. egresada de la carrera de Psicología Clínica **JIMENA PATRICIA LUZURIAGA BONILLA**; ha sido elaborado y monitoreado bajo mi dirección, y cumple con los requerimientos legales establecidos en la Universidad Nacional de Loja, tanto en el aspecto de forma y contenido, por lo que me permito autorizar la presentación del mismo ante el organismo competente para continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente



Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

Lic. Jorge Luis Ortiz Cochancela
Graduado de la Carrera de Idioma Inglés
SENECYT 1008-12-1138602

CERTIFICO:

Haber realizado la traducción del idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado **“ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LOS FAMILIARES CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD (FISICA, INTELECTUAL Y MENTAL) QUE ACUDEN AL ÁREA DE SALUD Nº3 DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO 2016”** de autoría de Jimena Patricia Luzuriaga Bonilla, egresada de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Certifico y autorizo hacer uso del presente para fines académicos

Loja, 13 de Febrero de 2017



Lic. Jorge Luis Ortiz Cochancela
1900512052