



Universidad
Nacional
de Loja

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

Niveles de sobrecarga y ansiedad en cuidadores
primarios de personas con discapacidad intelectual del
Hospital Básico Macará Periodo 2021

**Tesis previa a la obtención del
título de Psicóloga Clínica**

AUTORA: Vanessa Lizeth Merchan Cumbicus

DIRECTORA: Psi. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR

2022

Certificación

Ps. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mg.Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, revisado y corregido el desarrollo del trabajo de titulación denominado *"Niveles de sobrecarga y ansiedad en cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual del Hospital Básico Macará Periodo 2021"* de la autoría de la egresada de la carrera de Psicología Clínica, Vanessa Lizeth Merchan Cumbicus, con cédula de identidad N° 1150416046 .

Por lo que, en cuanto a mi criterio personal, el trabajo de titulación del estudiante reúne satisfactoriamente los requisitos de forma y fondo, exigidos y estipulados en el régimen académico de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación para la asignación del Tribunal de Calificación y su disertación pública para la obtención del grado superior universitario.

Loja, febrero 09 del 2022.



Ps. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mg.Sc.

DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, Vanessa Lizeth Merchan Cumbicus, declaro ser autora del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente apoyo y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi trabajo de titulación en el Repertorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula de identidad: 1150416046

Fecha: 11 de mayo del 2022

Correo electrónico: vanessa.merchan@unl.edu.ec

Teléfono: +593961100191

Carta de autorización

Yo, VANESSA LIZETH MERCHAN CUMBICUS, declaro ser autora del trabajo de titulación titulado Niveles de sobrecarga y ansiedad en cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual del Hospital Básico Macará Periodo 2021, como requisito para optar al 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 de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información de país y del exterior, con los cuales tengan convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice un tercero. Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los once días del mes mayo del año 2022, firma la autora:

Firma:

Autora: Vanessa Lizeth Merchan Cumbicus

Cédula: 1150416046

Dirección: Tarquí y José Mejía **Correo Institucional:** vanessa.merchan@unl.edu.ec

Teléfono: 2694996 **Celular:** 0961100191

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora del trabajo de titulación: Psic. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidenta del tribunal: Psic. Cl. Karina Rojas Carrión

Vocal Principal: Psic. Cl. Mayra Medina

Vocal Principal: Psic. Cl. Karina Flores

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre María Cumbicus, quien ha sido fuente indispensable de cariño, por su constante apoyo y esfuerzo para que en casa nunca falte nada, alentándome a lograr lo que me propongo, haciendo de mí una mejor persona con los valores que siempre me enseñó. A mis hermanos y hermana, Víctor, Jessica y Daniel, por acompañarme de forma incondicional, brindándome su cariño y protección.

Vanessa Merchan

Agradecimiento

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, alma mater que me permitió educarme y formarme en sus aulas, lugar en donde inicio un camino lleno de sueños e ilusiones que con constancia se pueden alcanzar. A mis docentes de la carrera de Psicología Clínica, grandes profesionales que brindaron sus enseñanzas y conocimiento en este camino.

Agradezco a Dios por permitirme mantener la fuerza para continuar y sobre todo por la voluntad de encaminarme a lograr mis objetivos.

A mi directora de tesis Psi. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, una excelente profesional, gracias por su apoyo, constancia, y por su tiempo invertido, permitiéndome que la realización de la presente investigación haya sido posible.

A la Dra. Ana Puertas, gestora de la carrera de Psicología clínica, su colaboración y ayuda fue muy indispensable para el desarrollo de este trabajo.

Al Psi. Cl. Giancarlo Arévalo, responsable de mis prácticas además de un gran maestro y amigo, gracias por recibirme, por brindarme su confianza, y por compartir conmigo durante cada uno de estos meses su sabio conocimiento que me permitió prepararme profesionalmente.

Así mismo agradezco a mi madre y a mis hermanos como lo menciono en mi dedicatoria, quienes han estado conmigo durante este largo camino confiando en mí y alentándome a alcanzar mis metas. A mis amigas, con quienes compartí años de estudio, diversión y grandes momentos que llevaré siempre presente.

A todos y cada uno de ustedes, muchas gracias.

Vanessa Merchan

Índice

Certificación.....	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice.....	vii
Índice de Tablas	x
Índice de Gráficas	xi
Índice de Anexos.....	xii
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
2.1. Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico.....	6
CAPÍTULO I.....	6
1. Sobrecarga Emocional	6
1.1. Conceptualización de sobrecarga emocional	6
1.2. Dimensiones de la sobrecarga	6
1.3. Sobrecarga emocional en cuidadores	7
1.4. Evaluación y diagnóstico de la sobrecarga	8
1.5. Manifestaciones clínicas de la sobrecarga del cuidador.....	9
1.5.1. Consecuencias físicas.....	10
1.5.2. Consecuencias psicológicas	10
1.5.3. Consecuencias laborales	10

1.5.4.	Consecuencias sociales.....	11
1.6.	Intervenciones psicológicas en la sobrecarga del cuidador.....	11
CAPÍTULO II.....		13
2.	Ansiedad en cuidadores.....	13
2.1.	Conceptualización de ansiedad.....	13
2.2.	Dimensiones de la ansiedad.....	14
2.3.	Ansiedad en cuidadores.....	15
2.4.	Evaluación y diagnóstico de la ansiedad.....	16
2.5.	Manifestaciones clínicas de la ansiedad.....	18
2.5.1.	Ansiedad y su clínica.....	18
2.5.2.	Manifestaciones psíquicas, físicas y conductuales.....	19
2.5.3.	Trastornos de Ansiedad secundarios al cuidado.....	19
2.6.	Intervenciones psicológicas en la ansiedad del cuidador.....	20
5.	Metodología.....	22
5.1.	Tipo y diseño de estudio.....	22
5.2.	Universo y muestra.....	22
5.2.1.	Criterios de inclusión.....	22
5.2.2.	Criterios de exclusión.....	22
5.3.	Técnicas e Instrumentos.....	23
5.3.1.	Instrumento de medición de la sobrecarga del cuidador: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Anexo 1).....	23
5.3.2.	Instrumento para la medición de Ansiedad: Escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo 2).....	25
5.4.	Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos.....	26
5.5.	Procedimiento.....	26
6.	Resultados.....	28
Plan Psicoterapéutico.....		34
7.	Discusión.....	54

8. Conclusiones	57
9. Recomendaciones.....	58
10. Bibliografía.....	59
11. Anexos.....	66
Anexo 1. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.....	66
Anexo 2. Escala de Ansiedad de Hamilton	67
Anexo 3. Consentimiento informado	68
Anexo 4. Aprobación del trabajo de titulación	73
Anexo 5. Asignación de tutora de tesis	74
Anexo 6. Certificación del tribunal	75
Anexo 7. Autorización del Hospital.....	76
Anexo 8. Evidencias fotográficas.....	77
Anexo 9. Certificado de traducción al ingles	78
Anexo 10. Anteproyecto de tesis.....	79
a. Tema	80
b. Problemática	81
c. Justificación	83
d. Objetivos	85
e. Metodología	86
f. Cronograma.....	91
g. Presupuesto y financiamiento	92

Índice de Tablas

Tabla Nro. 1	28
Tabla Nro. 2	29
Tabla Nro. 3	30
Tabla Nro. 4	31
Tabla Nro. 5	32
Tabla Nro. 6	33

Índice de Gráficas

Gráfica Nro. 1	28
Gráfica Nro. 2	29
Gráfica Nro. 3	30
Gráfica Nro. 4	31

Índice de Anexos

Anexo 1. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.....	66
Anexo 2. Escala de Ansiedad de Hamilton	67
Anexo 3. Consentimiento informado	68
Anexo 4. Aprobación del trabajo de titulación	73
Anexo 5. Asignación de tutora de tesis	74
Anexo 6. Certificación del tribunal	75
Anexo 7. Autorización del Hospital	76
Anexo 8. Evidencias fotográficas.....	77
Anexo 9. Certificado de traducción al inglés	78
Anexo 10. Anteproyecto de tesis.....	79

1. Título

Niveles de sobrecarga y ansiedad en cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual del Hospital Básico Macará Periodo 2021

2. Resumen

La sobrecarga del cuidador en la discapacidad dentro del ámbito de atención primaria, significa un problema de salud pública dada las implicaciones que tiene en la calidad de vida de quienes lo padecen. Es por ello que el presente estudio tuvo por objetivo principal establecer la relación entre los niveles de sobrecarga y los niveles de ansiedad en los cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual del Hospital Básico Macará. Para la presente investigación, se utilizó una metodología transversal, de tipo cuantitativa, prospectiva, descriptivo-correlacional. La muestra estuvo constituida por 40 personas cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual a quienes les fueron aplicados la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y la Escala de Ansiedad de Hamilton. Los resultados del estudio indican que la presencia de sobrecarga se evidencia en más de la mitad la población en estudio, siendo mayor el nivel de sobrecarga intensa y sobrecarga ligera. Así mismo, más de la mitad de los cuidadores presenta ansiedad con predominio de los niveles moderada/grave y leves. Finalmente, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre las variables sobrecarga y ansiedad, siendo que, a mayor nivel de sobrecarga, mayor presencia de ansiedad.

Palabras clave: Ansiedad, cuidador, sobrecarga, discapacidad intelectual.

2.1. Abstract

In recent years, the caregiver overload in disability has been one of the least studied problems in the primary health care, which is a public health problem given the implications, it has on the quality of life of those who suffer from it. For this reason, the principal objective of this studio was to establish the relationship between levels of overload and anxiety levels in primary caregivers of people with intellectual disabilities at the Macará Basic Hospital. For the present research, a cross-sectional, prospective, descriptive-correlational methodology was used. The sample consisted of 40 primary caregivers of patients with intellectual disabilities to whom the Zarit Caregiver Overload Scale and the Hamilton Anxiety Scale were applied. The results of the study indicate the presence of overload is evident in more than half of the study population, with the highest levels of intense overload and light overload. Also, more than half of the caregivers present anxiety, with a predominance of moderate/severe and mild anxiety levels. Finally, a statistically significant correlation was found between the variables overload and anxiety, with the higher the level of overload, the greater the presence of anxiety.

Key words: Anxiety, caregiver, overload, intellectual disability.

3. Introducción

La presente investigación se centró en determinar la relación que existe entre los niveles de sobrecarga y los niveles de ansiedad en los cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual, del hospital Básico Macará.

La sobrecarga del cuidador, ha sido en los últimos años uno de los problemas menos conocidos y poco estudiados dentro del ámbito de atención primaria de salud, significando un problema de salud pública, puesto que se carece en los distintos servicios de salud pública de nuestro país, de un abordaje que englobe la identificación, prevención e intervención temprana del mismo. La sobrecarga del cuidador, se refiere a una repercusión negativa en lo que respecta a la salud mental y física de los cuidadores, siendo posible evidenciar en ellos un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos que conllevan a una alteración de la dinámica habitual de su calidad de vida (Torres et al., 2018).

Dentro de las consecuencias en el ámbito de salud mental para dicha sobrecarga, es probable que al verse afectados gravemente, se genere en los cuidadores la presencia de una amplia gama de trastornos mentales que deterioren su equilibrio y su bienestar. Siendo así como la ansiedad, al ser uno de los trastornos más comúnmente asociados a la sobrecarga, es capaz de generar un impacto emocional negativo en los cuidadores, llevándolos a estados de estrés, frustración, insomnio o miedo injustificado, y más aún, si este carece de estrategias de afrontamiento, será nula la posibilidad de manejar adecuadamente la carga por el cumplimiento de las diferentes actividades en torno al cuidado de la persona con discapacidad (Abal et al., 2019).

El síndrome de sobrecarga, es el desgaste psicológico y físico debido al cuidado constante de una persona dependiente, exponiéndose de forma continua a un sinnúmero de factores que terminan por absorber la vida personal del cuidador. Por lo general, muchos cuidadores enfrentan varias demandas, las cuales aumentan ante el hecho de cuidar a la persona con discapacidad desarrollando un tipo de sobrecarga objetiva en donde se presentan síntomas como diaforesis, cefaleas, insomnio o problemas con el sueño, falta de concentración; o subjetiva viéndose afectados los sentimientos, pensamientos, y emociones al presentar tristeza, desesperación, enojo, llanto, etc., siendo así como todo

esto conforma una gran carga emocional que afecta en su esfera biopsicosocial (Á. Quinche y R. Elizalde, 2016).

En base a la realidad que se evidencia en nuestro entorno, y con el debido análisis de la problemática que origina como consecuencia la sintomatología antes mencionada en personas que ejercen el rol de cuidadores, se observó la relevancia de realizar la presente investigación que posee un enfoque cuantitativo transversal, con alcance prospectivo con un tipo descriptivo-correlacional, siendo el objetivo general: Determinar la relación entre los niveles de sobrecarga y los niveles de ansiedad en los cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual, y cuyos objetivos específicos: 1) Identificar mediante la aplicación de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit el nivel de sobrecarga que existe en los cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual; 2) Identificar mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton el nivel de ansiedad de los cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual; 3) Analizar la relación que existe entre el nivel de sobrecarga y el nivel de ansiedad en los cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual; y 4) Diseñar un plan de intervención dirigido a ofrecer estrategias para una salud mental adecuada en los cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual.

La distribución de la temática en esta investigación se dividió en dos capítulos: 1) La sobrecarga emocional, contextualizando la definición, sus dimensiones, sobrecarga en cuidadores, evaluación y diagnóstico de sobrecarga, manifestaciones clínicas e intervenciones psicológicas; y 2) Ansiedad en cuidadores, en el cual se argumenta teóricamente acerca de su definición, dimensiones, ansiedad en cuidadores, evaluación y diagnóstico de la ansiedad, manifestaciones clínicas, trastornos de ansiedad secundarios al cuidado e intervenciones psicológicas.

En lo que respecta a la recolección de datos, esta se llevó a cabo mediante la aplicación de dos reactivos psicológicos denominados “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” y “Escala de Ansiedad de Hamilton.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de sobrecarga y ansiedad de cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual.

4. Marco Teórico

CAPÍTULO I

1. Sobrecarga Emocional

1.1. Conceptualización de sobrecarga emocional

Algunos investigadores como Zarit (1996) definen a la sobrecarga como aquel grado en el cual los cuidadores perciben su vida social, laboral y personal, siendo de este modo como la sobrecarga emocional es aquella saturación de sentimientos, pensamientos y sensaciones que se derivan en un agotamiento tanto mental como físico, convirtiéndose en una experiencia abrumadora que puede intensificarse conforme trascurre el tiempo si no se toman medidas de afrontamiento adecuadas e intervención temprana (Tartaglino et al., 2016).

1.2. Dimensiones de la sobrecarga

Al asumir el rol de cuidador es posible desarrollar el fenómeno de sobrecarga por la tarea asumida, conjugando diversas variables como desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; así mismo se ve implicado un deterioro de la esfera familiar, presencia de sentimientos de culpa, rabia y manipulación e incluso se puede observar ansiedad o frustración tanto por la falta de preparación como por el hecho de carecer del conocimiento técnico para el cuidado de pacientes con discapacidad (Breinbauer K et al., 2009).

Crespo y López (2007) resaltan dos componentes de la sobrecarga emocional, el primero es la carga objetiva que considera las demandas y actividades a las que tienen que atender los cuidadores y su efecto en las actividades de la vida diaria como el tiempo de cuidado, la carga física, actividades realizadas, las responsabilidades de apoyo y situaciones familiares, laborales, económicas, emocionales estresantes, y la segunda hace referencia a la carga subjetiva la cual se relaciona con la forma en cómo se percibe la situación y las emociones que están asociadas al papel de cuidador. La

combinación de emociones y la preocupación incrementa esta realidad psicológica (Tartaglino et al., 2016).

Rankin et al., en 1994 proponen 5 dominios sobrecarga en la relación a la sobrecarga emocional: bienestar emocional, vida social y familiar, finanzas, y pérdida de control sobre la propia vida. Sin embargo en la actualidad Steven H. Zarit en su escala propone las siguientes dimensiones (Breinbauer K et al., 2009):

- ✓ Ausencia de sobrecarga.
- ✓ Sobrecarga ligera.
- ✓ Sobrecarga intensa.

1.3. Sobrecarga emocional en cuidadores

Pearlin y Zarit en 1996 afirman que la sobrecarga es el término con el que se conoce al estrés en el ámbito del cuidado, refieren que a medida que la sobrecarga aumenta, implica consigo un deterioro en la salud física, mental, social y familiar del cuidador puesto que el cuidar a una persona con discapacidad, aún más cuando presenta patologías que generan dependencia del cuidador conlleva a que éste realice una gran cantidad de actividades con responsabilidad que terminan resultando altamente estresantes (Sánchez, 2019).

Tal como exponen los autores, al estar la sobrecarga ligada a la dependencia, es importante conocer cuál es el nivel de ésta para poder estar pendiente del paciente y lograr satisfacer sus necesidades básicas.

Como señalan Giraldo Montoya et al. (2018), el cuidar a una persona dependiente involucra el riesgo de que se dé la presencia de un exceso de trabajo, y esto lleva a que se produzca en el cuidador un malestar significativo que va aumentando con el tiempo (Sánchez, 2019).

Por su parte Espín y Picardi en 2007, señalan que la carga que experimenta la persona que ejerce el rol de cuidador, es en realidad un predictor de la calidad del cuidado que ofrece, y para poder prevenirla, es necesario identificar aquellos factores de riesgo que interviene en su aparición, es así como las variables que contribuyen a la carga del cuidador son múltiples, pueden estar asociadas con el enfermo o bien con las

características del cuidador (Sánchez, 2019). En ese sentido el fenómeno de la sobrecarga, reúne diversas variables como la desatención de la propia salud, vida social; el deterioro familiar por dinámicas culposas, manipuladoras y rabiosas; y frustración o ansiedad por falta de preparación y conocimiento técnico (Tartaglino et al., 2016).

1.4. Evaluación y diagnóstico de la sobrecarga

1.4.1. Observación clínica, entrevista e historias clínicas

La observación clínica para el diagnóstico de la sobrecarga resulta importante puesto que es un instrumento de diagnóstico médico fundamental, no sólo para el esclarecimiento diagnóstico, terapéutico y pronóstico, sino también para su utilización en la realización de talleres preventivos y rehabilitatorios. Dentro de lo que concierne a la sobrecarga del cuidador, la observación clínica es la primera etapa del método clínico porque es de donde parte la obtención de información, tanto por lo que dice el cuidador como por lo que se puede observar mediante la entrevista, vinculándose no solo con la comunicación verbal, sino con el comportamiento no verbal, con el fin de copilar datos sobre aspectos más particulares o específicos (López et al., 2019).

La historia clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica del cuidador a lo largo del proceso asistencial. De igual manera, se resalta su importancia ya que cuenta con sus propias particularidades, permitiendo conocer los antecedentes del cuidador y sirviendo de base como orientación una orientación en para la realización del diagnóstico (López et al., 2019).

1.4.2. Reactivos psicológicos para medir la sobrecarga del cuidador

Para medir la carga del cuidador han surgido numerosos reactivos o test, por ende varios investigadores han realizado diferentes revisiones sobre los instrumentos de evaluación de la carga del cuidador existentes en la actualidad, entre las que destacan las efectuadas por Chou y colaboradores (2003) y las de Kinsella y colaboradores (1998). A continuación se menciona algunos instrumentos para la medición de la sobrecarga en cuidadores (Delgado et al., 2009):

- Cuestionario Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva validado por Vilaplana M y cols., en 2007.
- El CSCDP, Cuestionario específico de sobrecarga de cuidadores de pacientes.

- Cuestionario Índice de Esfuerzo del Cuidador validado por López Alonso SR. y cols. en 2005.
- . La Escala del Sentido del Cuidado (ESC) que es la versión castellana de la Finding Meaning Through Caregiving Scale, validada en 2006 por Fernández Capó M. y cols.
- La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, adaptada al castellano por M. Martín Carrasco et al.

1.5. Manifestaciones clínicas de la sobrecarga del cuidador

La sobrecarga del cuidador se entiende como aquella respuesta directa de una consecuente labor acerca del cuidado de una persona con discapacidad, mismo que es capaz de generar una sobrecarga de estrés, teniendo como una característica a las consecuencias tanto físicas como psicológicas que genera. En otras investigaciones se ha definido a la “carga” como la principal característica distintiva de este síndrome. De esta manera, el concepto de carga, es descrito por Gran y Sainsbury en el año de 1963, quienes al encontrarse interesados en comprender cómo el arduo trabajo de un cuidador de una persona con enfermedad psiquiátrica investigaron acerca de cómo esta influía sobre la familia, la vida social e incluso la convivencia que se genera con la persona que presenta discapacidad (Fernández, 2020).

La sobrecarga del cuidador, según Malash, Jackson, y Leiter, 1996 (citado en Armendaríz , 2018) engloba manifestaciones clínicas tales como agotamiento emocional, en el que se incluye una despersonalización y baja realización personal, posible de ocurrir en aquellas personas que trabajan o tienen bajo su cuidado a una persona con necesidades de suma atención que las vuelven dependientes de otros para la realización de las actividades de la vida diaria (Armendaríz, 2018).

Esta sobrecarga se refiere a un primer aspecto que es conceptualizado como una pérdida de energía, desgaste, fatiga, agotamiento, problemas de sueño, irritabilidad, o una combinación de estas. El segundo aspecto hace referencia a la despersonalización, cuya explicación data acerca del cambio negativo que se genera en el cuidador en cuanto a las actitudes hacia otras personas, en este sentido, dicha despersonalización en niveles moderados se engloba como una respuesta adaptativa, pero en grado excesivo, que indica sentimientos patológicos expresados en torno a la insensibilidad hacia los demás.

Finalmente, otro de los aspectos a considerar es la falta de realización personal, en donde se originan una sinnúmero de conductas negativas hacia ellos mismos, a su trabajo, y a todo entorno social, manifestando síntomas de depresión, baja autoestima, aislamiento, escasa tolerancia a la frustración y tensiones, y sobre todo una notable pérdida de la motivación para la realización de las actividades en el ámbito personal, social y laboral (Cañizares, 2016).

En este sentido, la sobrecarga genera en el cuidador primario una serie de consecuencias y efectos nocivos dentro de los aspectos más importantes de su vida, los cuales se ven afectados por el desgaste, a consecuencia de la función del rol que ejerce ante la persona con discapacidad los cuales se describen a continuación (Martínez, 2019):

1.5.1. Consecuencias físicas

Se conoce de estudios que permiten apreciar una percepción del deterioro en el estado de salud de los sujetos que ejercen el rol de cuidadores en comparación con las personas que no lo son, en los cuales se puede evidenciar síntomas como el cansancio, dolores de cabeza, mialgias, alteraciones en el sueño, estado de fatiga, insomnio, etc., (Prado, 2020).

También se identifican síntomas fisiológicos como palpitaciones, temblor en las manos, falta de concentración, y aumento o disminución del apetito, los cuales llevan a una disminución en la realización de comportamientos de índole saludable por parte del cuidador para completar de forma correcta con los instintos que requieren de sueño y descanso dentro del ámbito de la normalidad (Armendaríz, 2018).

1.5.2. Consecuencias psicológicas

Aquí los cuidadores presentan un riesgo significativo en lo que se refiere a su estabilidad emocional ya que se encuentran en una situación de vulnerabilidad debido a la presencia y exposición ante los factores desencadenantes de estrés que están presentes en la vida diaria, haciéndolos más propensos a desarrollar y experimentar problemas emocionales, e incluso en aquellos casos graves, de desencadenar algún cuadro psicopatológico (Prado, 2020).

1.5.3. Consecuencias laborales

Ser cuidador implica producir cambios dentro del ámbito laboral, como renunciar al trabajo ya sea de forma temporal o definitiva, modificar los horarios de trabajo, o solicitar una reducción de horas, lo cual trae consigo repercusiones sobre los ingresos económicos que llegan a afectar a la calidad de vida del cuidador (Viera y Yugcha, 2016).

1.5.4. Consecuencias sociales.

Deterioro entre la relación del cuidador primario y el resto de la familia, la cual se ve gravemente afectada a raíz de los conflictos que parten del hecho de no tener una clara comprensión de la enfermedad y las habilidades que se necesitan para asistir al familiar con discapacidad. Además, el cuidado de una persona con algún tipo de discapacidad supone una redistribución del tiempo y espacio, ocasionado un descuido de la pareja, los hijos, de su vida laboral, y de sus amistades en general (Armendaríz, 2018).

1.6. Intervenciones psicológicas en la sobrecarga del cuidador

La sobrecarga del cuidador es aquella percepción que tiene esta persona sobre el impacto que experimenta dentro de los diferentes aspectos de su vida, causado por tener bajo su cargo el cuidado de una persona dependiente que es afectada por diversos grados de discapacidad. Dicho impacto se refiere tanto al trabajo de cuidar, como a las dificultades que se presentan al realizar este tipo actividades. (De la Revilla et al., 2019).

Es probable que un cuidador comience a percibir esta sobrecarga cuando comprende e identifica un sentimiento de carga excesiva, mismo que sobrepasa su capacidad física y mental. Dentro de esta sobrecarga se identifican dos componentes, por un lado se evidencia a la persona que recibe los cuidados y por el otro al cuidador, siendo este último quién percibe la mayor carga debido a las demandas que su rol de cuidador le exige (Ramírez et al., 2020). De esta manera, se prioriza una intervención temprana que sirva de ayuda en la identificación, prevención y tratamiento de la sobrecarga en los cuidadores para ello se toma en consideración las siguientes intervenciones psicológicas:

Rapport: hace referencia a una interacción en tiempo real en la cual ambas partes se encuentra sincronizadas, lo que involucra el intercambio de información verbal y no verbal. Es el proceso por medio del cual se establece y mantiene una relación de confianza mutua, además de generar comprensión entre dos o más personas siendo capaz de generar

respuestas útiles de otros individuos. Dentro de él actúan en los niveles de las palabras, acciones, valores y creencia (Judeira y Moneira, 2007).

Resumen y devolución: hace referencia a seleccionar de toda la información que recogemos, que sea la más significativa para lograr entender y explicar el motivo por el que el paciente está en la consulta. Se trata de relatar verbalmente cual es la explicación de las causas que motivan el problema por el que el paciente consulta y cuál sería la forma correcta de resolverlo (Grinaldo, 2008).

Psicoeducación: consiste en un abordaje que enseña al afectado y a su familia en qué consiste la enfermedad, sus características y qué se puede hacer para mejorarlo. La psicoeducación como paso previo o parte integrante de la intervención psicológica, instruye sobre cuáles son los mecanismos responsables de desencadenar y mantener a las diferentes conductas y respuestas del sujeto, permitiendo a los pacientes reinterpretar sus síntomas con explicaciones que están basadas en el respaldo médico y científico. Se encarga de atender a los pensamientos, las ideas y las creencias irracionales o distorsionadas en relación a la enfermedad planteando el problema desde una perspectiva que sea real y manejable (Godoy et al., 2020).

Técnica de relajación progresiva: es un método de carácter fisiológico orientado hacia el reposo, siendo especialmente útil en los trastornos en los que es necesario un reposo muscular intenso. Este entrenamiento progresivo favorece una relajación profunda permitiendo establecer un control voluntario de la tensión distensión que llega más allá del logro de la relajación en un momento dado, por ende es un método que favorece un estado corporal más energético ya que conlleva a un reposo permitiendo reconocer la unión íntima entre tensión muscular y estado mental tenso (Almería, 2020).

Aceptación de la nueva realidad: le permite a una persona que sufre conectarse de una manera positiva con su vulnerabilidad en tanto intrínseca del ser humano, y desde allí desarrollar conductas de autocuidado, crecimiento y mejora personal, dicha aceptación facilita la conexión con el momento presente y permite desapegarse del pasado idealizado y del futuro incierto y temido (Rodríguez et al., 2005)

Búsqueda de apoyo: La búsqueda de ayuda es una teoría psicológica que describe los pasos que siguen las personas que buscan ayuda para lo que perciben como problemas. Es una serie bien ordenada e intencionada de pasos cognitivos y de comportamiento, cada uno de los cuales lleva a tipos concretos de soluciones (Esch, 2019).

Solución de problemas: La solución de problemas consiste en la generación de opciones a seguir para hacer cambios alrededor de una situación que está generando inconformidad, de esta manera el proceso a realizar se compone de seis pasos que culminará con la evaluación de resultados una vez se hayan implementado dichos cambios (Soriano, 2020):

- Identificación del problema.
- Análisis del problema.
- Generar soluciones potenciales.
- Toma de decisión/plan de acción.
- Implementación.
- Evaluación.

Autocontrol de las emociones: El autocontrol emocional consiste en gestionar nuestros sentimientos y comportamientos para controlar tanto las emociones positivas como las negativas y así poder expresarlas de manera. Por tanto se refiere a la capacidad para gestionar el comportamiento y las expresiones de las emociones en un momento dado, sin embargo este concepto no hace mención a negar las emociones, sino más bien a mantenerlas bajo vigilancia y supervisión para lograr canalizarlas en unos límites adaptativos (Soriano, 2020).

Entrenamiento en asertividad: se refiere al identificar los estilos básicos de la conducta interpersonal como el estilo agresivo, pasivo y asertivo. Por tanto, la función de entrenamiento es distinguir entre cada uno de los estilos, reconociendo la mejor forma de actuar de acorde con el estilo asertivo ayudando a reconocer nuestros errores en este ámbito (Soriano, 2020).

CAPÍTULO II

2. Ansiedad en cuidadores

2.1. Conceptualización de ansiedad

La ansiedad se define como una sensación de malestar que se acompaña de una serie de manifestaciones psíquicas y físicas, surgidas ante la interpretación de

varias situaciones como una amenaza que puede ser real o imaginaria (Á. M. Quinche et al., 2016).

Reyes y Ticas (2016), la define como un fenómeno normal el cual lleva al conocimiento del propio ser, porque pone de manifiesto las formas que tiene el organismo para generar una manera de defensa; además, menciona que es base para el correcto aprendizaje estimulando el desarrollo de la personalidad y motivando al logro de las metas siempre y cuando este dentro de los niveles de la normalidad, puesto que en exceso, la ansiedad es perjudicial, ya que en niveles excesivos lleva a una mala adaptación afectando a la eficacia y sirviendo de base para dar origen a las enfermedades mentales o patológicas (Reyes, 2016).

2.2. Dimensiones de la ansiedad

El cuidador presenta dificultades en su salud mental, por los niveles altos de ansiedad, ya que presentan índices altos de estrés, dificultades físicas, falta de apoyo o redes sociales, crisis en su proyecto de vida por los niveles de dependencia de la persona que tienen bajo su cuidado; en algunas ocasiones el cuidador muestra ira o sentimientos negativos, ansiedad y trastornos de sueño y comportamiento entre otros (Tartaglino et al., 2016).

Dentro de lo que compete a los niveles de ansiedad, estos pueden ser medidos a través de la Escala de Evaluación de la Ansiedad de Hamilton permitiendo determinar el grado de ansiedad generalizada los cuidadores. En ese sentido, el terapeuta evalúa en una escala de 0 que significa ausente a 4 que significa intensidad máxima, y observa la conducta durante la entrevista, tomando en consideración las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, y síntomas musculares, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos (Carrión Conde, 2017)

Cada persona tiene una manera muy particular de experimentar los síntomas de la ansiedad, no existen dos casos similares es por ende que no sirven a todos por igual el mismo tipo de estrategias terapéuticas, de esta manera, en estos casos los tratamientos deben ser adaptados a nivel máximo de acuerdo a los síntomas y a las necesidades que tenga cada persona (Carrión Conde, 2017).

Dentro de la ansiedad en cuidadores, se puede observar dos áreas a evaluar, una de ellas corresponde a una ansiedad psíquica y la otra a una ansiedad somática, siendo así como Max R. Hamilton en su escala llevó a cabo una separación entre los signos de tipo somáticos musculares y los signos somáticos sensoriales sugiriendo las siguientes dimensiones (Carrión Conde, 2017):

- ✓ Ausencia de ansiedad.
- ✓ Ansiedad leve.
- ✓ Ansiedad moderada-grave

2.3. Ansiedad en cuidadores

Diversos estudios a nivel internacional realizados en cuidadores de personas con discapacidad dan a conocer que los factores como el impacto emocional por padecer algún tipo de discapacidad, la atención sin una organización, el establecimiento de un límite de horario, la sobrecarga asociada a las diferentes actividades y funciones del hogar, la edad, el estado de salud en el que se encuentra la persona, las características psicológicas, la salud mental, y el carecimiento de buenas estrategias de afrontamiento, conllevan a generar en el cuidador primario una sintomatología cuya presentación puede ser variada evidenciándose un estrés permanente, síntomas de ansiedad, frustración, miedo, insomnio, y es esta acumulación de estresores la que genera un efecto clínicamente significativo dentro de la salud física y mental del cuidador deteriorando su calidad de vida (Gualpa et al., 2019).

La ansiedad representa un fenómeno central alrededor del cual se han organizado considerables teorías psiquiátricas, por lo tanto el termino ansiedad ha jugado un papel central en la teoría psicodinámica, así como en la investigación. Los trastornos de ansiedad se asocian una morbilidad significativa a menudo ya crónica y resistente al tratamiento (Gualpa et al., 2019).

Los trastornos de ansiedad pueden ser vistos como una familia de trastornos mentales relacionados pero distintos, que incluyen el trastorno de pánico, agorafobia, fobia específica, el trastorno de ansiedad social o fobia y el trastorno de ansiedad generalizada. Un aspecto fascinante de los trastornos de ansiedad es gran interacción de factores genéticos y experimentales, dado de que existe genes alterados que

predisponen a estados patológicos de ansiedad, sin embargo, la evidencia indica claramente que los eventos traumáticos en la vida y el estrés también son etiológicamente importantes (Gualpa et al., 2019).

Varios estudios a nivel internacional realizados en cuidadores de personas con discapacidad reportan que factores como el impacto emocional de la condición de discapacidad severa, la atención sin límite de horario, sobrecarga en las tareas del hogar, edad, estado de salud, características psicológicas, falta de estrategias de afrontamiento, generan en el cuidador principal, estrés, ansiedad, temor, frustración, insomnio, que adquieren mayor dimensión, cuando tiene que realizar cambios en la dinámica familiar y personal, y alejamiento de su vida social. La acumulación de estresores genera malestar con repercusión clínicamente significativa para la salud física y mental del, que deterioran la calidad de vida del familiar encargado del cuidado de la persona con discapacidad severa (Gualpa et al., 2019).

Los sentimientos de agotamiento físico y mental, desencadenados por el cuidado de la persona con discapacidad, afectan a varias áreas de la vida individual, familiar y social, y pueden manifestarse con la aparición de sentimientos negativos hacia los enfermos a quienes cuida, la desmotivación, angustia, depresión, trastornos psicósomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad y despersonalización. El cuidador es quien asume toda la responsabilidad acerca del cuidado de otra, incluso menciona que éste rol generalmente es ejercido por un miembro de la red social siendo un familiar, amigo o vecino, añadiendo que es una labor no remunerada, puesto que dicho cuidado lo realizan en virtud ya sea en base a las relaciones afectivas o al parentesco que lo unen a la persona dependiente (Ramírez et al., 2020).

Dicha experiencia lleva a un sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidado. Cuidar a una persona con discapacidad implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones habituales, tomar decisiones complicadas, asumir responsabilidades, tareas y acciones de cuidado (Gualpa et al., 2019).

2.4. Evaluación y diagnóstico de la ansiedad

Al inicio del cuidado de una persona con discapacidad, la persona que asume el rol de cuidador no es consciente que tendrá toda la responsabilidad y que necesitará en

gran parte del esfuerzo y responsabilidad del cuidado, así mismo, en un inicio desconoce en su totalidad de las consecuencias sobre su vida, enfrentándose a un cuidado a largo plazo (Fernández, 2020). Dentro de este cuidado, se estiman fases que se deben tomar en cuenta para tener un conocimiento más específico en la que se puede encontrar el cuidador:

La fase de negación.- durante esta etapa es común observar que las personas utilicen la negación como un medio que les ayude a controlar su ansiedad y sobre todo su miedo, los cuales resultan ser producto de la enfermedad-discapacidad del miembro dependiente. Frente a ellos, es frecuente encontrar que durante esta etapa la persona se niegue a aceptar que su familiar presenta una enfermedad y más aún que necesita de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, este estadio es temporal, ya que conforme pasa el tiempo se observan más dificultades incapacitantes que hacen que sea totalmente innegable la situación por la que atraviesa su familiar (Armendaríz, 2018).

La fase de búsqueda de la información.- el cuidador a comienza a indagar acerca de la enfermedad que padece su familiar, de esta manera trata de buscar medios de ayuda, o incluso segundas opiniones, y es aquí donde se empiezan a hacer evidentes las manifestaciones emocionales ligados al cuidado, generalmente se presenta ira y culpa como cambios emocionales debido al giro que tiene la vida de dicho cuidador por la evidente sobrecarga que va percibiendo (Armendaríz, 2018).

La fase de reorganización.- se puede mantener aún los sentimientos de ira, enojo y enfado, debido a los cambios a los que se ve expuesto por su rol como cuidador y sobre todo por las nuevas responsabilidades que tiene que realizar. Sin embargo, conforme pasa el tiempo, va obteniendo un grado de control sobre las actividades, para brindar apoyo necesario, ante lo cual hace uso diversas habilidades y herramientas para desempeñar adecuadamente su rol, obteniéndose como resultado una buena reorganización para llevar una vida más tranquila, sintiéndose con más control sobre la situación (Armendaríz, 2018).

La fase de resolución.- en esta etapa, sí se obtuvo los recursos y las herramientas que permitan cumplir y superar las etapas anteriormente mencionadas, básicamente en esta última, el cuidador empieza interesarse y cuidar más de sí mismo, incluso presenta mayor disposición a querer recibir ayuda de otras personas, encontrando en ellas una forma de apoyo emocional, de esta manera, si el cuidador ha logrado una buena adaptación, finalmente podrá enfrentar la situación de la mejor

manera a diferencia de cómo se manejó al inicio de la enfermedad del familiar o persona con discapacidad (Armendaríz, 2018).

Así mismo, el diagnóstico de la ansiedad se basa en la evaluación clínica por parte del especialista, esta presenta síntomas y signos bastante característicos, lo que hace que no sea necesario, en muchos casos, realizar ninguna otra prueba diagnóstica pero si necesitando de:

2.4.1. Entrevista diagnóstica

La cual se caracteriza por la recogida de información para posteriormente elaborar la historia clínica y elaborar un diagnóstico a partir del autoinforme (Armendaríz, 2018).

2.4.2. Reactivos psicológicos para medir la ansiedad en el cuidador

En la actualidad existen diversas escalas e instrumentos con las cuales evaluar la presencia y los niveles de ansiedad en las personas, a continuación se hace mención de algunos (Fernández, 2020) :

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) desarrollada en 1986 por Antonio Cano Vindel y Juan José Miguel Tobal.
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), publicado en el año 2002 por R. L. Gorsuch, R. E. Lushene y Charles Spielberger.
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), desarrollado en el año 1988, por Aaron Beck.
- Inventario de Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA), creado en 1965 por William Zung.
- Escala de ansiedad de Hamilton (HAS), diseñada por M. Hamilton.

2.5. Manifestaciones clínicas de la ansiedad

2.5.1. Ansiedad y su clínica

Usualmente, las personas que padecen de algún trastorno de ansiedad acuden a consulta por iniciativa y voluntad propia, de esta manera es frecuente observar que soliciten valoración del médico a causa de presentar síntomas somáticos que son

derivados de su ansiedad, y que por la misma, llegan a tener la idea acerca de que padecen alguna patología grave que las origina (Mayra Martínez Mallen et al., 2011).

2.5.2. Manifestaciones psíquicas, físicas y conductuales

Las manifestaciones de la ansiedad de pueden experimentar de diversas maneras (Arroyo et al., 2018):

Psíquicas: Inquietud, agobio, sensación peligro; sensación de querer huir o de querer atacar; se evidencia inseguridad; sensación de extrañeza o despersonalización; miedo o temor a perder el control; dificultad para la toma de decisiones (Arroyo et al., 2018).

Físicas: Taquicardia, opresión en el pecho; palpitaciones, disnea; alteraciones en la alimentación; diaforesis, temblores; rigidez o una tensión de los músculos, molestias digestivas, náuseas, vómitos; alteraciones del sueño, y alteraciones de la respuesta sexual (Arroyo et al., 2018).

Conductuales: Dificultad para actuar; estado de alerta e hipervigilancia; impulsividad o inquietud motora; bloqueos, dificultad para estarse quieto y en reposo; existen cambios en la expresión y el lenguaje corporal (Arroyo et al., 2018).

2.5.3. Trastornos de Ansiedad secundarios al cuidado

2.5.3.1. Trastorno de Pánico. Se caracteriza por crisis recurrentes, que surgen de forma inesperada, y que no son provocadas, se evidencia un miedo intenso junto con síntomas físicos de ansiedad severa. Estas crisis alcanzan su máxima intensidad en un período de tiempo antes de los 10 minutos, y es probable que cedan antes de 60 minutos. Frecuentemente se acompaña de agorafobia, y por lo general su evolución corresponde a un nivel crónico y recurrente (Reyes, 2016).

2.5.3.1.1. Manifestaciones clínicas del Trastorno de Pánico. La CIE-10 considera que para realizar un diagnóstico definitivo se deben de presentar varios ataques graves de ansiedad en al menos un período correspondiente un mes (CIE, 1992):

- a) En circunstancias en las que no exista un peligro objetivo.
- b) No se presentan únicamente en situaciones que sean conocidas o que sean previsibles.
- c) En el período entre las crisis el individuo tiene que estar libre de ansiedad, a pesar de es frecuente evidenciar una ansiedad anticipatoria leve.

2.5.3.2. Trastorno de Ansiedad Generalizada. El DSM-5, lo define como una ansiedad y preocupación excesiva la cual se produce durante un periodo de más días de los que ha estado ausente, considerando un periodo de tiempo que gira en torno a un mínimo de seis meses, en relación con diferentes sucesos (APA, 2014).

2.5.3.2.1. Manifestaciones clínicas del Trastorno de Ansiedad Generalizada. La CIE-10 considera que la persona afectada ha de tener que presentar síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas consecutivas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de (CIE, 1992):

- a) Aprensión como preocupaciones acerca de calamidades venideras, tener el sentimiento de estar sentirse al límite, presentar dificultad para concentrarse, etc.
- b) Tensión muscular como inquietud psicomotriz, dolor de cabeza, temblores, o una incapacidad para poder relajarse.
- c) Hiperactividad vegetativa como los mareos, diaforesis, taquicardia o taquipnea, molestias gastrointestinales, vértigo, sequedad de boca, etc.

2.5.3.3. Trastorno de Ansiedad Fóbica. Son trastornos que se evidencian en ciertas situaciones bien marcadas o frente a objetos que no resultan ser peligrosos. De tal manera que la persona que la padece de un modo específico al enfrentarlas, lo hace con gran temor. Esta ansiedad fóbica no se logra distinguir, ni de manera vivencial, ni de manera comportamental, ni mucho menos de forma fisiológica, del resto de tipos de ansiedad, y es más, su gravedad es variada ya que va desde una marcada intranquilidad, hasta el grado de desencadenar pánico (Reyes, 2016).

La preocupación de la persona enferma se centra en aquellos síntomas tales como palpitaciones o una sensación de desvanecimiento los cuales comúnmente se acompañan de miedos que son secundarios a la sensación de morir, perder el control o incluso a llegar a volverse loco, además, la posibilidad de imaginar la situación fóbica es causante de desencadenar una ansiedad anticipatoria (CIE, 1992).

2.6. Intervenciones psicológicas en la ansiedad del cuidador

Se prioriza una intervención temprana que sirva de ayuda en la identificación, prevención y tratamiento de síntomas o manifestaciones de la ansiedad en los cuidadores tomándose en consideración las siguientes intervenciones psicológicas:

Mejoramiento de autoestima: El desarrollo y superación humanos empiezan por el mejoramiento de la autoestima, la cual es el fundamento de la autorrealización

y del desarrollo pleno de uno mismo. La solución de muchos problemas de la vida consiste en que cada persona viera y arreglara lo primero que hay que ver y arreglar: uno mismo (Branden, 1995).

Técnica de respiración: consiste en una serie de pasos que permiten respirar con cierto orden y sentido, de manera que no sea simplemente un acto de supervivencia, sino también de una oportunidad para encontrarse mejor, y si fuera necesario, una técnica para saber cómo controlar la ansiedad (Rodríguez et al., 2005).

Autoregistro de pensamientos: son hojas que se utilizan para registrar pensamientos automáticos, mismos que deben ser adaptados al nivel de comprensión del paciente y su nivel evolutivo (Soriano, 2020).

Reevaluación positiva: a través de esta estrategia se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema, de manera que esto contribuye a tolerar la problemática y su vez a generar pensamientos positivos que favorecen enfrentar la situación (Soriano, 2020).

Dialogo socrático: El Método Socrático es una forma de pensamiento crítico, es decir, un sincero diálogo con uno mismo. Se utilizan seis tipos distintos de preguntas para cuestionar el pensamiento, está conformado por: preguntas de aclaración, preguntas que producen suposiciones, preguntas que requieren razón, preguntas sobre las perspectivas, preguntas que calculan las consecuencias, preguntas sobre la pregunta (Caballo, 1995).

Reestructuración cognitiva: La técnica consiste en la discusión de los pensamientos automáticos negativos que se producen en situaciones que provocan ansiedad o cualquier otro tipo de perturbación emocional y su sustitución por creencias o pensamientos más racionales, a medida que los pensamientos son enfrentados y puestos en duda, su capacidad para provocar estrés o ansiedad se va debilitando (Caballo, 1995).

5. Metodología

5.1. Tipo y diseño de estudio

La investigación corresponde a un tipo cuantitativo; con enfoque descriptivo-correlacional ya que establece la relación entre las dos variables de estudio; es prospectiva y tiene un diseño no experimental de corte trasversal.

5.2. Universo y muestra

El universo de la investigación estuvo conformado por 70 cuidadores primarios de personas con discapacidad visual, intelectual, psicosocial, física, del lenguaje, auditiva y mixta que se encuentran registrados en el Hospital Básico Macará en el periodo 2021, sin embargo se procede a seleccionar únicamente a cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual conformando una muestra de 40 cuidadores que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Básico Macará.

Se usó un muestreo no probabilístico, debido a que se elige al grupo de 40 cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

5.2.1. Criterios de inclusión

- Cuidadores primarios de personas que presenten discapacidad intelectual y que se encuentren registrados dentro del Hospital Básico Macará.
- Cuidadores primarios que sean mayores a 18 años de edad.
- Cuidadores primarios que autoricen por medio del consentimiento informado los términos mencionados para formar parte del estudio.

5.2.2. Criterios de exclusión

- Cuidadores primarios que luego de haber aceptado y firmado el consentimiento informado opten por retirarse del estudio.

- Cuidadores primarios que reciban remuneración económica por el cuidado otorgado con excepción de aquellos que adquieren el bono de José Joaquín Gallegos.

5.3. Técnicas e Instrumentos

Para llevar a cabo la recolección de datos se procedió a la evaluación con dos instrumentos utilizados para la obtención de información, los cuales son: Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y Escala de Ansiedad de Hamilton, con los cuales se midió y analizó el comportamiento de las personas que serán objeto de estudio encontrándose en contacto personalmente con el cuidador primario. Estos test fueron socializados de forma presencial en el área de consulta externa del Hospital Básico Macará, para posteriormente ser respondidos por los cuidadores. A continuación se detalla los instrumentos utilizados en la presente investigación.

5.3.1. Instrumento de medición de la sobrecarga del cuidador: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Anexo 1)

El concepto de carga inicialmente fue descrito en los años 60, cuando Grad y Sainsbury, indagaron acerca de tener en conocimiento cómo esta carga afecta a la familia y a la vida doméstica, al tener bajo el cuidado a personas con enfermedades mentales.

De tal forma, se dedujo que el impacto que causa esta asistencia llevó a la necesidad de indagar más para poder evaluar sus efectos, lo que puso de manifiesto las dificultades conceptuales en torno al término “carga”, dando origen a la primera distinción entre carga objetiva y carga subjetiva, razón por lo que se llegó a la elaboración y el diseño de la entrevista de sobrecarga de Zarit (Prado, 2020).

En España en 1983, Zarit y junto a un grupo de colaboradores realizaron un estudio para identificar la sobrecarga de los cuidadores de aquellas personas dependientes que presentaban demencia, de tal forma que lo realizaron aplicando la “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit versión original”, y es desde dicho estudio en donde el instrumento fue adaptado y aplicado en varios estudios a nivel internacional, siendo validado en diversos idiomas incluido el español (Tartaglino et al., 2020).

Este cuestionario se encarga de medir el nivel de carga que padecen los cuidadores de las personas dependientes, para de esta manera poder prevenir condiciones que afecten directamente a la salud de los cuidadores, las cuales pueden tener su origen partiendo del hecho de tener una labor excesiva (Viera y Yugcha, 2016).

En Chile en el año 2009, se realizó un estudio denominado “Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit”, en donde se menciona que en base a dicho estudio aplicado a una cierta población se obtuvo resultados que llevaron a la conclusión de que la utilidad del reactivo mencionado determina una sobrecarga intensa, evidenciando en dicha escala excelentes valores de consistencia interna, confiabilidad interobservador, y confiabilidad por estabilidad test-retest (Breinbauer K et al., 2009).

Es un instrumento autoaplicado que indaga las consecuencias negativas que tiene cumplir con la labor de cuidar a una persona dependiente, de tal manera que fue creada para poder valorar el tipo de vivencia subjetiva de sobrecarga experimentada por una persona que es cuidador primario de un paciente con demencia. Su versión original en inglés, está conformada por un total de 29 ítems, sin embargo con su traducción al español está compuesta por un total de 22 ítems (Piñanez et al., 2016).

La Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit, misma que examina el grado de sobrecarga, factores físicos, emocionales, financieros, la actitud y relación del cuidador y lo asociado a sus cuidados, entre otras, es una de las principales escalas utilizadas puesto que evalúa principalmente la percepción subjetiva de sobrecarga, es decir, se centra en la respuesta afectiva que experimenta el cuidador al enfrentarse a situaciones estresantes causadas por la situación de cuidado, midiendo el riesgo de deterioro de la vida laboral, social, familiar y principalmente el sentimiento de sobrecarga (Sánchez, 2019).

En esta escala, cada una de las preguntas se consideran a través de una escala del tipo Likert, compuesta por 5 opciones como respuesta, las cuales que varían entre “nunca” y “casi siempre”, otorgando una puntuación va de 1:nunca; 2:rara vez; 3:algunas veces; 4:bastantes veces; y 5:casi siempre, en donde el producto de la puntuación se consigue de la suma de todos los ítems, presentando un rango que va de entre 22 y 110, específicamente (Tartaglini et al., 2020).

Así mismo, en la validación al español, la puntuación de corte tiene una interpretación en que corresponde a lo siguiente:

- ✓ 22 a 46: Ausencia de sobrecarga
- ✓ 47 a 55: Sobrecarga ligera
- ✓ ≥ 56 : sobrecarga intensa

5.3.2. Instrumento para la medición de Ansiedad: Escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo 2)

La escala de ansiedad de Hamilton o Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), fue creada en 1956, dividiéndosela en ítems somáticos los cuales se subdividen en síntomas somáticos musculares y síntomas somáticos sensoriales. Es una escala heteroaplicada, con un área terapéutica ubicada en la sintomatología, ya que fue desarrollada con el propósito de medir el grado de ansiedad a personas que han sido diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad respectivamente (Hamilton, 1959).

En el año 2002, fue validada por Lobo y et al., en donde se indica como resultados de la investigación que la escala presenta buenas propiedades psicométricas, similar a la escala original, resultando apropiado su uso en la práctica asistencial y en la investigación clínica (Lobo et al., 2002).

La Escala de Ansiedad de Hamilton, presenta adecuadas propiedades psicométricas siendo su validez concurrente con otras escalas que también se encargan de medir la ansiedad, como el Inventario de Ansiedad de Beck (Hamilton, 1969).

Con respecto a la fiabilidad, la HARS, presenta una buena consistencia interna, permitiendo evidenciar excelentes valores para una aplicación test-retest tras un día y tras una semana (Hamilton, 1959). Está compuesta por un total de 14 ítems los cuales tienen como propósito evaluar los aspectos psíquicos, físicos y conductuales que se evidencian dentro de la sintomatología de ansiosa, así mismo tiene un ítem que se encarga de evaluar específicamente el ánimo deprimido, y el último ítem se encarga de evaluar y analizar la conducta de la persona a lo largo de la entrevista (Hamilton, 1959).

Referente a la medida global de ansiedad para este test, esta se consigue sumando la puntuación evidenciada en cada uno de los ítems, los cuales tienen puntuación que oscila de 0 a 56 puntos, cuya mayor puntuación es sinónimo de una mayor intensidad con respecto a la ansiedad. Si bien no existen puntos de corte específicamente para cada población, se recomienda los siguientes (Hamilton, 1959).

- ✓ 0-5 Ausencia de ansiedad.
- ✓ 6-14 Ansiedad leve.
- ✓ ≥ 15 Ansiedad moderada-grave.

Además, este instrumento otorga una medición del grado de intensidad en el que se aprecian los síntomas de la ansiedad, cuyas preguntas se estiman dentro de una escala que va de 0 a 4, en donde: 0=ausente; 1=leve; 2=moderado; 3=grave; y 4=muy grave/incapacitante.

5.4. Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos

Para llevar a cabo la recopilación de los datos se procede ingresar lo obtenido al programa Microsoft Excel en donde se realizó la tabulación de resultados mediante la elaboración de una tabla, luego se exportó al programa estadístico Software SPSS para efectuar el correspondiente análisis correlacional e interpretación de lo obtenido, mediante la utilización de la prueba de Chi 2 (Chi cuadrado). Una vez obtenida la información acerca de correlación de ambas variables, se procede a la creación de las tablas y gráficos mediante la utilización de gráficas circulares que permitan la interpretación cada uno de los resultados obtenidos.

5.5. Procedimiento

Primera fase

Para el desarrollo del presente estudio, en primer lugar se solicitaron los permisos correspondientes a las autoridades del Hospital Básico Macará para llevar a cabo la realización de la presente investigación.

Segunda fase

Luego de haber conseguido el permiso necesario, se convocó a las personas seleccionadas para dar a conocer la propuesta de investigación, la importancia de su participación en la misma, y los objetivos que persigue. Así mismo se les motivó a responder con la mayor honestidad a la información que se solicite, y se dio a conocer el consentimiento informado, el cual luego de haber sido autorizado y firmado, se procedió a la aplicación de los dos instrumentos de medición.

Tercera fase

Para el cumplimiento del objetivo general que hace referencia a determinar la relación entre los niveles de sobrecarga y los niveles de ansiedad en los cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual, se realizó el análisis de los datos obtenidos tras la aplicación de los instrumentos que midan ambas variables.

Para cumplir con el primer objetivo específico, se utilizó la Escala de sobrecarga de Zarit, cuyo propósito se centró en identificar el nivel de sobrecarga en los cuidadores de personas dependientes (Anexo 1).

Para el cumplimiento del segundo objetivo, se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton, cuyo propósito en este estudio fue identificar la intensidad de ansiedad en los cuidadores de personas con discapacidad (Anexo 2).

Para el tercer objetivo, se empleó la prueba de Chi² (Chi cuadrado), que estableció la correlación entre las dos variables de estudio.

Cuarta fase

Una vez recolectada la información se procedió a la organización, tabulación, y elaboración del análisis estadístico de los resultados que se obtuvieron. La organización y tabulación de los resultados se los realizó a través de Excel, y posterior a ello el análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa estadístico IBM SPSS, utilizando el procedimiento de chiquadrado para variables paramétricas.

Quinta fase

Se elaboraron las tablas y gráficos junto con su análisis e interpretación respondiendo a cada uno de los objetivos.

Sexta fase

Finalmente, con los resultado obtenidos, para llevar a cabo el cuarto objetivo específico se diseñó un plan psicoterapéutico dirigido a ofrecer estrategias de afrontamiento para el cuidado de la salud mental en los cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual, mismo que será entregado a las autoridades responsables del Hospital con el fin de lograr la reducción de ambas variables en aquellas personas que así lo necesiten.

6. Resultados

Objetivo 1: Identificar mediante la aplicación de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit el nivel de sobrecarga que existe en los cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual.

Tabla Nro. 1

Presencia de Sobrecarga en cuidadores primarios

Opción	<i>f</i>	%
Si	34	85%
No	6	15%
Total	40	100%

*Fuente: Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit
Elaboración: Vanessa Merchan*

Gráfica Nro. 1

Presencia de Sobrecarga en cuidadores primarios



*Fuente: Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit
Elaboración: Vanessa Merchan*

Análisis e interpretación

En cuanto a la presencia de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual, se logra evidenciar presencia de sobrecarga en el 85% del total de cuidadores.

Tabla Nro. 2

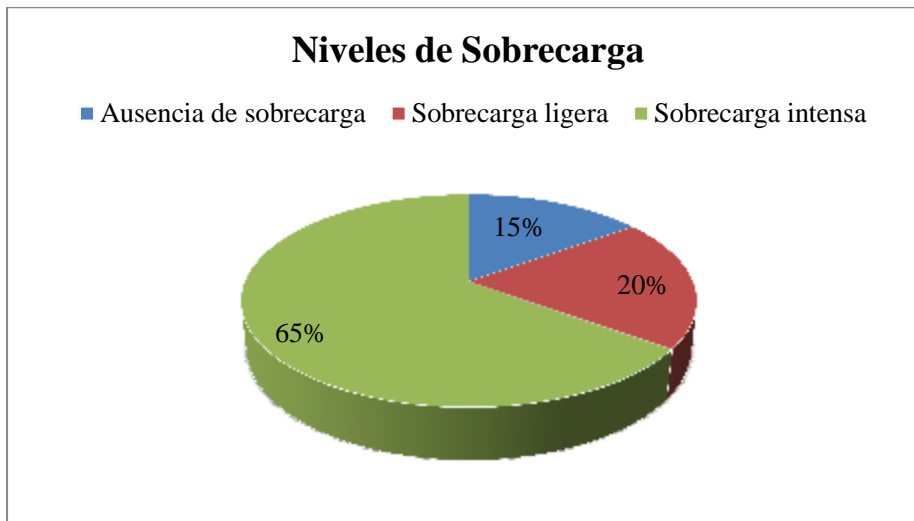
Niveles de Sobrecarga en cuidadores primarios

Niveles de Sobrecarga	<i>f</i>	<i>%</i>
Ausencia de sobrecarga	6	15%
Sobrecarga ligera	8	20%
Sobrecarga intensa	26	65%
Total	40	100%

*Fuente: Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit
Elaboración: Vanessa Merchan*

Gráfica Nro. 2

Niveles de sobrecarga en cuidadores primarios



*Fuente: Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit
Elaboración: Vanessa Merchan*

Análisis e interpretación

Como resultado de la aplicación del instrumento de Sobrecarga del cuidador de Zarit a cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual, se obtuvo que un 15% presenta ausencia de sobrecarga; un 20% presenta sobrecarga ligera; y un 65% sobrecarga intensa.

Objetivo 2: Identificar mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton el nivel de ansiedad de los cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual.

Tabla Nro. 3

Presencia de ansiedad en cuidadores primarios

Presencia de Ansiedad en cuidadores		
Opción	<i>f</i>	<i>%</i>
Si	35	87,5%
No	5	12,5%
Total	40	100%

*Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton
Elaboración: Vanessa Merchan*

Gráfica Nro. 3

Presencia de ansiedad en cuidadores primarios



*Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton
Elaboración: Vanessa Merchan*

Análisis e interpretación

En cuanto a la presencia de ansiedad en cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual, se la logra evidenciar la presencia de ansiedad en el 87,5% del total de cuidadores, mientras que en el 12,5%, dicha ansiedad es ausente.

Tabla Nro. 4

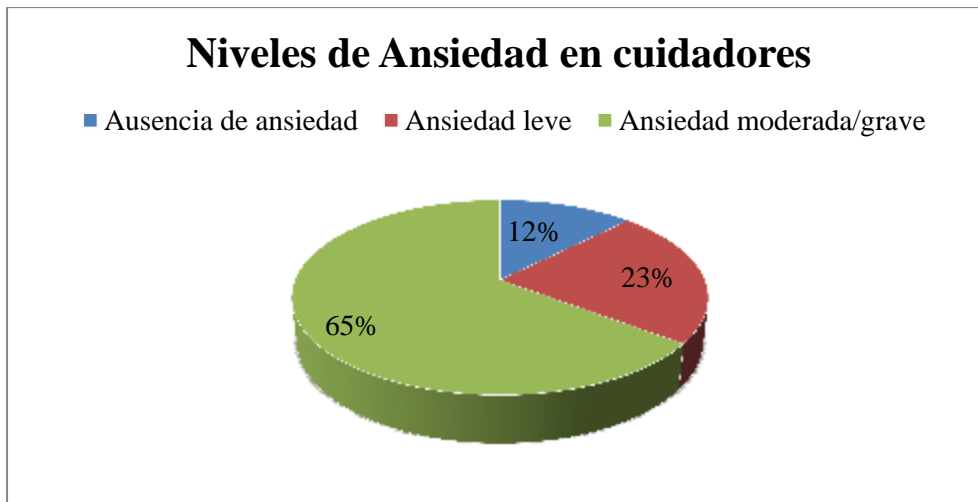
Niveles de ansiedad en cuidadores primarios

Niveles de Ansiedad en cuidadores		
Opción	f	%
Ausencia de Ansiedad	5	12,5%
Ansiedad leve	9	23%
Ansiedad moderada/grave	26	65%
Total	40	100%

*Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton
Elaboración: Vanessa Merchan*

Gráfica Nro. 4

Niveles de Ansiedad en cuidadores primarios



*Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton
Elaboración: Vanessa Merchan*

Análisis e interpretación

Como resultado de la aplicación del instrumento de Ansiedad de Hamilton a cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual, se obtuvo que un 12,5 %

presenta ausencia de ansiedad; así mismo un 23% presenta ansiedad leve; y un 65 % presenta ansiedad moderada/grave.

Objetivo 3: Analizar la relación que existe entre el nivel de sobrecarga y el nivel de ansiedad en los cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual.

Para determinar la relación entre variables se llevó a cabo la prueba de correlación chicuadrado mediante el programa estadístico informático Statistical Package for the SocialSciences (SPSS), de los resultados obtenidos por medio de la Escala de Sobrecarga de Zarit y la Escala de Ansiedad de Hamilton. Tras aplicar la prueba paramétrica correlacional chicuadrado se obtuvo los siguientes resultados.

Tabla Nro. 5

Tabla cruzada Niveles de Sobrecarga y Niveles de Ansiedad

		Escala de Ansiedad de Hamilton							
		Ausencia de ansiedad		Ansiedad ligera		Ansiedad moderada/grave		Total	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Escala de Sobrecarga de Zarit	Ausencia de sobrecarga	3	7,5%	1	2,5%	2	5%	6	15%
	Sobrecarga leve	1	2,5%	1	2,5%	6	15,0%	8	20%
	Sobrecarga intensa	1	2,5%	7	18%	18	45%	26	65%
	Total	5	12,5%	9	23%	26	65%	40	100%

Fuente: Escala de Sobrecarga de Zarit y Escala de Ansiedad de Hamilton

Elaboración: Vanessa Merchan

Análisis e interpretación

En cuanto a los resultados obtenidos de la tabla cruzada de Niveles de sobrecarga y Niveles de ansiedad se obtuve lo siguiente:

De los 6 cuidadores de personas con discapacidad intelectual, que presentan ausencia de sobrecarga, el 7,5 % presenta ausencia de ansiedad; un 2,5 % presenta ansiedad ligera; y el 5 % presenta ansiedad moderada/grave.

De los 8 cuidadores que presentan sobrecarga leve, solo 1 cuidador que representa el 2,5% presenta ausencia de ansiedad; 1 cuidador que representa el 2,5% presenta ansiedad ligera; y un 15% presenta ansiedad moderada/grave.

De los 26 cuidadores que presentan sobrecarga intensa, 1 cuidador que representa el 2,5% presenta ausencia de ansiedad; el 18% presenta ansiedad ligera; y el 45% presenta ansiedad moderada/grave.

Tabla Nro. 6

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,100 ^a	4	0,039
Razón de verosimilitud	8,013	4	0,091
Asociación lineal por lineal	4,992	1	0,025
N de casos válidos	40		

Fuente: Chi-cuadrado de Pearson, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

Elaboración: Vanessa Merchan

Análisis e interpretación:

Al obtener un valor en donde $p = 0,03 <$ de 0,05 y con nivel del 95% de confiabilidad, puede concluirse que existe una correlación estadísticamente significativa entre la variable de sobrecarga del cuidador y ansiedad en cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual de la población en estudio.

Objetivo 4: Diseñar un plan intervención dirigido a ofrecer estrategias para una salud mental adecuada en los cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual.

Plan Psicoterapéutico

Tema:

“Me cuido para cuidar”

Presentación:

El presente plan está dirigido a aquellos cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual que acuden al Hospital Básico Macará, el cual tiene como fin la reducción de sobrecarga y ansiedad para optimizar el bienestar y calidad de vida de cada uno de los cuidadores.

Justificación:

La elaboración del presente plan de intervención se plantea con la finalidad de generar un espacio en donde el cuidador primario de una persona con discapacidad pueda tener acceso a una asistencia psicológica que esté centrada en el mejoramiento y aseguramiento de su bienestar, así mismo se espera fortalecer la habilidad del cuidado y la disminución de la sobrecarga percibida de los cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual.

Puesto que como resultado de la investigación realizada en el presente estudio se pudo evidenciar la existencia de la presencia de sobrecarga y ansiedad en los cuidadores, se realiza la elaboración del plan psicoterapéutico el cual servirá para planificar diferentes actividades de intervención encaminadas a la reducción de la sobrecarga y ansiedad.

Este plan ayudará a intervenir directamente entre las afecciones a nivel psicológico, como los factores de estrés provocados por la actividad de cumplir con el rol de cuidador, siendo los problemas psicológicos capaces de provocar una negligencia en el rol de cuidador.

Además, se propone el presente plan de intervención tomando en consideración la situación de emergencia sanitaria en la que nos encontramos en la actualidad, ya que la amenaza de la COVID-19 y el confinamiento han causado un fuerte impacto psicológico en la población, y los cuidadores tras cumplir con tal labor no son la excepción.

Metodología:

Se diseña un plan de trabajo especializado y dirigido a cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual en donde bajo la autorización de las autoridades del Hospital Básico Macará, se de la implementación de 10 sesiones terapéuticas de carácter individual y grupal en aquellos cuidadores de personas con discapacidad en quienes se ha identificado presencia de sobrecarga y ansiedad, mismas que tienen como fin mejorar tanto su calidad de vida como la calidad del cuidado que han de brindar, otorgando en cada uno de los cuidadores el aseguramiento de una salud mental adecuada.

Objetivos

Objetivo general:

- Reducir los niveles de ansiedad y sobrecarga presentes en el cuidador primario de personas con discapacidad.

Objetivos específicos:

- Brindar psicoeducación al cuidador primario sobre el autocuidado y cuidado de una persona con discapacidad.
- Ofrecer estrategias de afrontamiento para disminuir los niveles de sobrecarga y los niveles de ansiedad en cuidadores primarios.
- Disminuir y evitar el estrés mediante la asimilación de técnicas de relajación ante la posibilidad de situaciones ansiógenas.

PLANIFICACIÓN

Fase 1: Organización y establecimiento de la relación terapéutica.

Fase 2: Psicoeducación.

Fase 3: Técnicas de respiración y relajación muscular.

Fase 4: Psicoterapia cognitivo-conductual.

Fase 5: Cierre terapéutico.

ACTIVIDADES

Fase 1. Organización y establecimiento de la relación terapéutica.

Sesión 1

Duración: 40 minutos.

Modalidad: Grupal.

Objetivos:

- Obtener información acerca del cuidador/a para la planificación terapéutica.
- Plantear junto con el cuidador/a las condiciones, objetivos y metas que espera obtener con el proceso terapéutico.

Técnicas:

- Rapport.
- Resumen y devolución.

DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS:

Rapport: con los cuidadores se procede a la realización de una interacción en tiempo real para el intercambio de información verbal y no verbal. A través de este, se establecerá y mantendrá una relación de confianza mutua con cada uno de ellos, creando un ambiente de comprensión entre terapeuta y cuidador, involucrandose palabras, acciones, valores y creencias.

Resumen y devolución: una vez establecido el rapport con cada uno de los cuidadores se selecciona toda la información que obtenido, siendo esta la más significativa para lograr entender y explicar el motivo por el que se encuentran en la consulta. Se relatará verbalmente cual es la explicación de las causas que motivan el problema por el que el acuden y cuáles son las formas correctas de resolverlo.

Fase 2. Psicoeducación

Sesión 1:

Duración: 40 minutos

Modalidad: Grupal

Objetivos:

- Brindar a los cuidadores una charla educativa acerca de lo que es la discapacidad, sus tipos y grados.
- Brindar información a los cuidadores acerca de lo que es el síndrome de sobrecarga.

Técnicas:

- Psicoeducación

DESCRIPCION DE LA TÉCNICA

Psicoeducación: Dentro de esta sesión se dará a los cuidadores información acerca de lo que es la discapacidad, los tipos y los grados que cada una de ellas presenta, todo ello asociado a darles a conocer como es la manera adecuada de tratar a una persona con discapacidad, cómo se vería afectada su autonomía referente a su autocuidado de la higiene, seguridad, la movilización, alimentación y medicamentos, todo esto con el objeto de que tengan conocimiento acerca de cuáles son las necesidades que demanda el cuidado de una persona dependiente y puedan estar preparados para afrontar cada una de las situaciones que se presenten conforme transcurra el tiempo. Esta misma intervención debe dar a conocer a los cuidadores que es el síndrome de sobrecarga y como está relacionado con el cuidado, además se deberá normalizar en ellos el pedir ayuda cuando lo vean pertinente, incentivándolos en la búsqueda de apoyo de familiares, amigos o profesionales con el fin de reducir la carga durante el cuidado.

Sesión 2:

Duración: 40 minutos

Modalidad: Grupal

- **Objetivo:** Permitir que los cuidadores identifiquen sus síntomas de ansiedad e indicarles cómo se relacionan con el síndrome de sobrecarga.

Técnicas:

- Psicoeducación.

DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS:

Psicoeducación: Se le proporcionará a los cuidadores información acerca de la necesidad de cuidarse a sí mismos, puesto que el cuidar a otra persona dependiente engloba diversas situaciones que repercuten de forma negativa su salud tanto física como mental, se les dará a conocer temas como cambios en su vida debido al cuidado que prestan hacia otra persona, por ende será necesario ofrecerles estrategias para identificar sintomatología ansiosa y como está relacionada con la sobrecarga que está presentando, proporcionar recomendaciones como ejercicios por al menos dos veces a la semana, dormir lo suficiente, organizar el tiempo del cuidado y dejar un espacio de tiempo para sí mismos priorizando su autocuidado.

Fase 3. Técnicas de respiración y relajación muscular

Sesión 1:

Duración: 40 minutos

Modalidad: individual

- ***Objetivo:*** Disminuir los niveles de ansiedad presentes en los cuidadores.

Técnica:

- Técnica de respiración

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Se le indicará al cuidador que la respiración diafragmática o abdominal le ayudará a respirar usando el diafragma, el cual es un músculo grande que cumple una función importante en la respiración. Posteriormente, con el cuidador se procede a dar las siguientes indicaciones.

- Siéntese en una silla cómoda o acuéstese boca arriba con una almohada debajo de la cabeza, asegúrese de que la espalda esté apoyada.
- Coloque una de las manos sobre el pecho y la otra sobre el abdomen.

- Inhale lentamente por la nariz; cuente hasta 2, a medida que inhale, el abdomen debe empujar la mano y el pecho debe permanecer quieto.
- Expulse el aire lentamente con los labios juntos (casi cerrados). Posteriormente cuente hasta 4, y medida que expulsa el aire, debe sentir que el estómago se hunde.
- Note que al inhalar cuenta hasta 2 y que cuando expulsa el aire cuenta hasta 4, esto lo ayuda a mantener su respiración lenta y pareja.

Finalmente se le sugiere al cuidador practicar esta técnica de respiración durante 5 a 10 minutos, de 2 a 4 veces al día. Así mismo una vez que aumente la cantidad de tiempo y la frecuencia, se le menciona empezar a realizar este ejercicio mientras esta acostado/a boca arriba, y luego sentado. Una vez que ha dominado lo anteriormente dicho, puede también hacerlo de pie y, por último, mientras se encuentra realizando alguna actividad.

Sesión 2:

Duración: 40 minutos

Modalidad: individual

- **Objetivo:** Disminuir los niveles de sobrecarga y ansiedad presentes en los cuidadores.

Técnica:

- Técnica de relajación progresiva

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Antes de comenzar la secuencia de ejercicios se le recomienda al cuidador que deje que sus ojos se vayan cerrando, y que se relaje. Después de 1 o 2 minutos comienza la secuencia de ejercicios, para lo que se sigue una guía estandarizada. Se comienza con el primer grupo muscular diciendo (Caballo, 1995):

Estas cómodo y relajado, ahora me gustaría que siguieras dejando relajado todo tu cuerpo, mientras concentras tu atención en tu mano derecha (o izquierda). Cuando yo te diga, cierra el puño muy, muy fuerte, todo lo fuerte que puedas. Ahora, fíjate lo que sientes cuando los músculos de la mano y antebrazo están tensos. Concéntrate en ese sentimiento de tensión y malestar que experimentan. Luego, después de 5 o 7 segundos, se le dice: Ahora cuando te diga suelta, quiero que tu mano se abra completamente y la dejes caer sobre tus piernas, déjala caer de golpe.

Una vez que el paciente ha soltado la tensión, el terapeuta continúa enfatizando ahora nuevas sensaciones de relajación en contraste con las anteriores de tensión diciéndole:

Nota ahora como la tensión y la incomodidad han desaparecido de tu mano y tu antebrazo. Fíjate en las sensaciones de relajación, de placer, de tranquilidad que tienes ahora.

Después de 30-40 segundos de relajación se repite de nuevo el ejercicio y así hasta completarlos con todas las partes del cuerpo. El resto de tiempo hasta aproximadamente 20 minutos que dura cada sesión de relajación, se dedica solo a relajar. Finalmente se le recomienda que para la práctica en casa sea conveniente utilizar autoregistros donde el cuidador anote la hora del día, el grado de relajación antes y después de la práctica, los problemas encontrados durante el mismo.

Fase 4. Psicoterapia cognitivo-conductual

Sesión 1:

Duración: 40 minutos

Modalidad: individual

- ***Objetivo:*** Ayudar a los cuidadores en el afrontamiento activo de la discapacidad de su familiar.

Técnica:

- Búsqueda de apoyo social
- Aceptación de la nueva realidad
- Autocontrol de las emociones

DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS

Búsqueda de apoyo social: encaminar al cuidador a una búsqueda de apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, mismo que deberá estar centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional, información para tolerar o enfrentar la situación problema. Este tipo de apoyo social puede ser útil para prevenir el

estrés al hacer que las experiencias dañinas parezcan menos, o que le proporcionen recursos valiosos para su afrontamiento una vez que el estrés ha aparecido (Esch, 2019).

Aceptación de la nueva realidad: Durante la entrevista el terapeuta debe alentar y detectar todos aquellos sentimientos y emociones propios de la realidad ambigua por la que están pasando los cuidadores. Usualmente, los sentimientos y emociones asociados a esta son: tristeza, desamparo, ira y culpa, además resulta importante comunicar al cuidador que es normal llegar a experimentar dichas emociones durante su proceso de aceptación a la discapacidad del familiar. En cada una de las emociones, se trabajará lo siguiente:

- **Desamparo:** se deberá reestructurar cognitivamente esta creencia a través de la discusión cognitiva, o búsqueda de interpretaciones alternativas haciéndole ver al cuidador que dispone de la capacidad de valerse por sí mismo, y que la situación en la que se encuentra puede mejorar con el aprendizaje de estrategias de afrontamiento (Soriano, 2020).
- **Tristeza:** se deberá alentar la manifestación de la tristeza y el llanto, y normalizar la presencia de estas emociones en referente a la aceptación de la discapacidad, así mismo se concientizará al cuidador del cambio de realidad producido en su vida, con esto se evitará cualquier forma de represión emocional o negación de la situación (Soriano, 2020).
- **Culpa:** es común que la culpa tenga su origen de pensamientos como “no hice lo suficiente”, o “si hubiera hecho esto seguro lo hubiera evitado”, por tanto una forma correcta de minimizar estas ideas es a través de la comprobación de la realidad. Se puede hacer uso del dialogo socrático mismo que esta descrito como sesión en las próximas sesiones (Soriano, 2020).
- **Ira:** en este caso es recomendable junto con el cuidador elaborar una lista en base a la pregunta sobre qué es lo que extraña de la persona antes de presentar la discapacidad, o cómo le gustaría que hubiera sido si ésta discapacidad no estuviera presente. Mediante esta actividad, se le facilitara al cuidador la expresión de sus emociones, haciéndole reconocer que mucho de lo que ha mencionado se puede realizar de una forma readapta (Soriano, 2020).

Autocontrol de las emociones: se indicaran los intentos que el cuidador hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales, de esta forma junto con el cuidador se procederá a:

- Identificar la emoción e identificar que ideas la acompañan.
- Otorgar el permiso de sentir las emociones.
- Perdonarse.
- Reconocer lo que puede cambiar.
- Sugerirle dialogar con otros cuidadores acerca de cómo han manejado su situación.
- Meditar y prestar atención a su respiración.

Sesión 2:

Duración: 40 minutos

Modalidad: individual

- **Objetivo:** Ofrecer estrategias para mejorar la calidad de vida de los cuidadores.

Técnicas:

- Solución de problemas
- Entrenamiento en asertividad
- Mejoramiento del autoestima
- Reevaluación positiva

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Solución de problemas: el terapeuta explicará al cuidador las acciones emprendidas enfocadas a resolver problemas, la aproximación y la focalización del problema, y ante ello se deberá realizar un análisis racional y continuar con la toma de decisiones. Será importante recomendar analizar los "pros y contras" de la situación en cuestión e hipotetizar cuáles serían las posibles soluciones que pueden proporcionar un mejor cuidado y autocuidado llevando a una disminución de la carga, son ejemplos de lo mencionado: “me ayuda el pensar, donde estoy yo, hasta donde puedo dar, que es lo que puedo dar, que fuerzas son con las que cuento, y cómo puedo manejarlas para poder llevar esto”.

Entrenamiento en asertividad: se deberá guiar al cuidador a adquirir habilidades sociales que le permitan al resolver conflictos de la mejor manera posible, por tanto para realizar el aprendizaje de una conducta asertiva se llevaran a cabo los siguientes pasos:

- Se identificará el estilo de conducta interpersonal e identificar las situaciones en donde se quiere ser más asertivo.
- Describirá las situaciones y conocerá el cambio u objetivo que se desee en esa situación.
- Practicará y ensayará una conducta asertiva adecuada a esa situación.
- Aprenderá a identificar y evitar las manipulaciones de los demás.

Mejoramiento de la autoestima: Con el cuidador el terapeuta lo encaminará a mejorar su autoconcepto, y a aquellos pensamientos que se tiene acerca de uno mismo. Si bien todos desarrollamos una autoestima ya sea suficiente o deficiente, es importante reconocer y desarrollarla de la manera más positiva. En el caso de los cuidadores se procederá a estimularlos respecto a la aceptación de sí mismos, realizar juicios personales positivos, la autovaloración, la autocrítica, la autoevaluación, la disposición a la responsabilidad propia, y la asunción de decisiones propias siendo esta una de las maneras en las que se fortalece la autoestima, además se les puede sugerir la realización de actividades de distracción como leer libros, realizar manualidades, etc., para fomentar su autonomía.

Reevaluación positiva: con esta estrategia se busca que el cuidador aprenda de las dificultades identificando los aspectos positivos del problema, así mismo se contribuye a que pueda tolerar el problema y ante este genere pensamientos que ayuden a enfrentar la situación. Junto con el cuidador se centrará en crear un nuevo significado de la situación del problema, así mismo se indicará esta estrategia como un autoestímulo de aprendizaje a la situación centrada en el desarrollo personal, modificando a la vez la forma de sobrellevar la situación sin distorsionar la realidad.

Sesión 3:

Duración: 40 minutos

Modalidad: individual

- ***Objetivo:*** Adquirir nuevos patrones de respuesta ante las situaciones de adversidad.

Técnica:

- Dialogo socrático

- Autoregistros de pensamientos

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Dialogo socrático: se le dará a conocer al cuidador que el dialogo socrático tiene la finalidad de influir en la cognición para poder producir los cambios emocionales y de conducta, de tal modo de que si el estado emocional del mismo corresponde por la manera en que están pensando, el trabajo del profesional consistirá en ayudarlo a dudar de sus pensamientos y creencias disfuncionales, estimulando a someterlos a prueba, a un nuevo juicio crítico. Entre algunas de las preguntas que podemos que se pueden realizar tenemos (Partarrieu, 2011):

- ¿Es realista su forma de pensar?
- ¿Sus pensamientos se basan en hechos o en sentimientos?
- ¿Qué evidencias tiene que apoyen esta idea?
- ¿A qué le lleva pensar eso?
- ¿Le ayuda en algo?

Autoregistro de pensamiento: el objetivo es enseñarle al cuidador a identificar los pensamientos automáticos que se dan en relación a la sensación de sobrecarga y presencia de ansiedad, este registro consiste en una hoja dividida en cinco columnas que el cuidador debe llenar día a día. En la primera columna se escribirán las situaciones conflictivas; en la segunda se escribirá lo que pasó por su mente en ese momento; en la tercera se especificará la emoción y el grado en que la sintió; en la cuarta se escribirá una respuesta racional al pensamiento automático; y en la quinta columna se registrará el resultado obtenido reevaluando el pensamiento automático.

Sesión 4:

Duración: 40 minutos

Modalidad: individual

- **Objetivo:** Ofrecer estrategias para disminuir los niveles de sobrecarga presentes en los cuidadores.

Técnica:

- Reestructuración cognitiva

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Reestructuración cognitiva: se le explicará al cuidador que es un proceso terapéutico basado en la identificación y confrontación de sus pensamientos irracionales que aparecen ante determinadas circunstancias, llamados distorsiones cognitivas. Con esta técnica se procederá a realizar en los cuidadores (Grinaldo, 2008):

- Psicoeducación acerca de lo que son las distorsiones cognitivas.
- Aumentar su conciencia sobre los pensamientos, enseñándoles a identificar las distorsiones cognitivas, y cuando afecta el estado de ánimo o su comportamiento.
- Registrar los pensamientos en el momento que aparecen.
- Evaluar los pensamientos, y plantear pensamientos alternativos.

Fase 5. Cierre terapéutico

Sesión 1:

Duración: 40 minutos

Modalidad: individual

- **Objetivo:** Evaluar el cumplimiento de los objetivos y metas planteados inicialmente por parte los cuidadores.

Técnica:

- Análisis de objetivos y metas

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Análisis de objetivos y metas: Al finalizar el proceso terapéutico sugiere la importancia de dejar la puerta abierta para un contacto futuro en caso de ser necesario, es así como se puede proponer al cuidador la posibilidad de mantener un tipo de contacto ocasional cuando se haya finalizado con la terapia llevando un seguimiento del proceso. Posteriormente, es importante darle a conocer al cuidador el progreso que ha tenido durante cada una de las sesiones, y destacar los objetivos a corto plazo que ha logrado alcanzar en caso de ser así. Igualmente, se deberá motivar al cuidador a continuar con la

realización de las técnicas y métodos aprendidos en caso de que las situaciones lo necesiten, siempre mencionándole su fortaleza y la necesidad de la priorización de su salud mental, puesto que conforme avance de manera positiva y obtenga una mejor calidad de vida, también se beneficiará la persona que está bajo su cuidado, y todo lo que incluye referente al ámbito biopsicosocial (Branden, 1995).

Fases	Sesión	Duración	Actividades	Metodología	Recursos	Responsable
Fase 1	Sesión 1	40 minutos	Organización y establecimiento de la relación terapéutica: Rapport. Resumen y devolución	En esta sesión se establecerá con el paciente una relación de confianza mutua, además de generar comprensión capaz de generar respuestas útiles. Así mismo con la terapia de apoyo reforzará la sensación de ser comprendido, mejorando la relación terapéutica, y con el resumen se relatará verbalmente la explicación de las causas que motivan el problema por el que el paciente consulta y cuál sería la forma correcta de resolverlo.	Escritorio. Silla.	Psicólogo/a clínico/a.
Fase 2	Sesión 1	40 minutos	Psicoeducación	Se dará al cuidador información acerca de lo que es la discapacidad, los tipos y los grados que cada una de ellas presenta, todo ello asociado a darles a conocer como es la manera adecuada de tratar a una persona con discapacidad, y cómo se vería afectada su autonomía con el objeto de que tengan	Escritorio. Sillas.	Psicólogo/a clínico/a.

				conocimiento acerca de cuáles son las necesidades que demanda el cuidado de una persona dependiente y puedan estar preparadas para afrontar cada una de las situaciones.		
	Sesión 2	40 minutos	Psicoeducación	Se le dará a conocer al cuidador temas como cambios en su vida debido al cuidado que prestan hacia otra persona, por ende será necesario ofrecerle estrategias para identificar sintomatología ansiosa y como está relacionada con la sobrecarga que está presentando.	Escritorio. Sillas.	Psicólogo/a clínico/a.
Fase 3	Sesión 1	40 minutos	Técnicas de respiración y relajación muscular: Técnica de respiración.	La respiración diafragmática o abdominal ayuda a respirar usando el diafragma, el cual es un músculo grande que cumple una función importante en la respiración. Finalmente se le sugiere al paciente practicar esta técnica de respiración durante 5 a 10 minutos, de 2	Escritorio. Sillas. Camilla.	Psicólogo/a clínico/a.

				a 4 veces al día.		
	Sesión 2	40 minutos	Técnica de relajación progresiva	Antes de comenzar la secuencia de ejercicios se le recomienda al cuidador que deje que sus ojos se vayan cerrando, y que se relaje. Después de 1 o 2 minutos comienza la secuencia de ejercicios, para lo que se sigue una guía estandarizada. . Una vez realizada la relajación progresiva en consulta, se le recomienda que para la práctica utilicen autoregistros donde anote la hora del día, el grado de relajación antes y después de la práctica.	Escritorio. Sillas. Camilla.	Psicólogo/a clínico/a.

Fase 4	Sesión 1	40 minutos	<p>Terapia cognitivo-conductual:</p> <p>Búsqueda de apoyo.</p> <p>Aceptación de la nueva realidad.</p> <p>Autocontrol.</p>	<p>Se ayudará al cuidador a afrontar emocionalmente la discapacidad del familiar dependiente, y el cambio que ha supuesto en sus vidas dicha discapacidad. Así mismo, se mantendrá una conversación abordando todas las circunstancias que rodearon el momento. Estimular a los cuidadores respecto a la aceptación de sí mismos, realizar juicios personales positivos, autovaloración, autocrítica, autoevaluación, disposición a la responsabilidad propia, y la asunción de decisiones propias.</p>	<p>Escritorio.</p> <p>Sillas.</p> <p>Lápiz.</p> <p>Hojas.</p> <p>Pizarra.</p>	<p>Psicólogo/a clínico/a.</p>
--------	----------	------------	---	---	---	-------------------------------

	Sesión 2	40 minutos	<p>Solución de problemas.</p> <p>Reevaluación positiva.</p> <p>Entrenamiento de asertividad.</p> <p>Mejoramiento de la autoestima.</p>	<p>Se explicará al cuidador las acciones emprendidas enfocadas a resolver problemas, la aproximación y la focalización del problema, y ante ello se deberá realizar un análisis racional y continuar con la toma de decisiones; con la reevaluación cognitiva y asertividad se le ayudará a adquirir habilidades sociales que le permitan al cuidador resolver conflictos de la mejor manera posible.</p>	<p>Escritorio.</p> <p>Silla.</p>	<p>Psicólogo/a clínico/a.</p>
--	----------	------------	--	---	----------------------------------	-------------------------------

	Sesión 3	40 minutos	Dialogo socrático. Autoregistro de pensamientos.	En el dialogo socrático el trabajo del profesional consistirá en ayudar al cuidador a dudar de sus pensamientos y creencias disfuncionales, estimulando a someterlos a prueba, a un nuevo juicio crítico, será necesario la utilización de un autoregistro de los pensamientos que llevará a consulta para poder confrontar cada uno de los pensamientos distorsionados que ha identificó.	Escritorio. Sillas.	Psicólogo/a clínico/a.
	Sesión 4	40 minutos	Reestructuración cognitiva	Con la reestructuración cognitiva el cuidador podrá identificar y confrontar de aquellos pensamientos irracionales que aparecen ante determinadas circunstancias.	Escritorio. Sillas.	Psicólogo/a clínico/a.

Fase 5	Sesión 1	40 minutos	<p>Cierre terapéutico: Análisis de objetivos y metas</p>	<p>Se deberá motivar al cuidador a continuar con la realización de las técnicas y métodos aprendidos en caso de que las situaciones lo necesiten, hablar acerca de su fortaleza y la necesidad de la priorización de su salud mental, destacar que si mejora su calidad de vida también se beneficiará la persona que está bajo su cuidado, y todo lo que incluye su círculo biopsicosocial.</p>	<p>Escritorio. Pizarra. Sillas.</p>	<p>Psicólogo/a clínico/a.</p>
--------	----------	------------	---	--	---	-------------------------------

7. Discusión

La presente investigación buscó determinar la relación entre los niveles de sobrecarga del cuidador y la ansiedad que pueda manifestar la población de estudio conformada por 40 cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual del Hospital Básico Macará periodo 2021, obteniendo los siguientes resultados, mismos que pueden contrastarse con otros estudios relacionados al tema planteado, siendo así que:

Con respecto al primer objetivo específico, se obtuvo que el 85% de cuidadores presentan sobrecarga, de los cuales el 20% corresponde un nivel de sobrecarga ligera; así mismo se evidenció un 65% respecto al nivel de sobrecarga intensa. Todo esto nos indica que los niveles de sobrecarga ligera y específicamente el nivel de sobrecarga intensa es elevado en la población en estudio.

Estos datos concuerdan con los obtenidos en el estudio realizado en la ciudad de Loja por Prado (2020) en donde al contar con una población de 109 cuidadores de personas con discapacidad, sus resultados indican que la presencia de sobrecarga se evidencia en un 77% de cuidadores, identificándose el nivel de sobrecarga leve en 8,3% de hombres y 35,8% de mujeres, y el nivel de sobrecarga intensa únicamente en el género femenino con un 33,1% (Prado, 2020).

En el estudio realizado por Armendaríz (2018), en Ecuador, muestra que el 80% de la población de estudio presenta sobrecarga, con respecto al nivel de sobrecarga leve se logra evidenciar en el 6,6% de hombres y en el 30% de mujeres, y con respecto al nivel de sobrecarga intensa, se identifica en el 13,3% de hombres y en el 30% de mujeres, siendo en las cuidadoras en donde se pone de manifiesto la presencia de sobrecarga objetiva y subjetiva a diferencia de los cuidadores hombres (Armendaríz, 2018).

En otro estudio realizado en Chile por Zepeda y Muñoz (2019), los resultados manifiestan que tras aplicar la escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit a 43 cuidadores principales de personas con dependencia severa, el 69,77% presentó sobrecarga, que conlleva a una reducción de su calidad de vida (Z. Álvarez y L. M. Mendoza, 2019).

Datos similares encontramos en el estudio realizado por Delgado (2021) en el que evidencia que el 68.58% de la población estudiada presenta sobrecarga, a partir del cual

con respecto al nivel de sobrecarga, el 34.29% tiene sobrecarga intensa y el 34.29% sobrecarga leve, mientras que solamente en una minoría de cuidadores representada por un 31.43% se evidenció sobrecarga por la labor que realizan (Delgado, 2021).

En lo que respecta al segundo objetivo específico los resultados señalan que el 87% de los cuidadores presentan cuadros de ansiedad, de los cuales el 23% corresponde a un nivel ansiedad leve; así mismo se evidencia que un 65% de cuidadores presentan un nivel de ansiedad moderada/grave. Esto lleva a identificar que los niveles de ansiedad de la población en estudio coinciden con altos niveles de sobrecarga.

Estos datos obtenidos concuerdan con el estudio realizado por Luzuriaga (2017) en donde luego de la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton a 60 cuidadores, demuestra que respecto a la presencia de ansiedad el 100% de los mismos presentaron sintomatología ansiosa, observándose el nivel de ansiedad leve en un 16,66%, así mismo el nivel de ansiedad moderada/grave se presenta en un 82% (Luzuriaga, 2017).

Por otro lado, Torres (2016) indica que en base a su estudio realizado en 32 cuidadores de personas con discapacidad, el 59% de la población investigada presenta un nivel de ansiedad moderada/grave; y respecto al nivel de ansiedad leve, se ve reflejado con el 41% (Torres, 2016).

Por su parte Domínguez et al. (2010) en su estudio realizado en España, expresan que tras la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton y con la participación de 294 cuidadores, encontraron que el 60% de cuidadores presentaron ansiedad moderada/grave y el 40% presentó ansiedad leve, siendo posible evidenciar que el 100% de la población en estudio presenta ansiedad en los diferentes niveles (Domínguez et al., 2010).

En la ciudad de Loja mediante el estudio realizado Quinche et al., (2016) a 109 cuidadores de personas con discapacidad muy grave y severa, se evidenció que el 84,5% presentaba ansiedad mientras que el 15.5% se mantenía con algún grado o ningún grado de ansiedad (Á. M. Quinche et al., 2016).

Finalmente, el presente estudio logro determinar la relación entre el nivel de sobrecarga y ansiedad en cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual, mediante el análisis de los datos se llegó a la conclusión de que existe un relación estadísticamente significativa ($p= 0.03$) entre la variable sobrecarga del cuidador y ansiedad la cual ha sido demostrada estadísticamente mediante prueba de chicuadrado

empleando el programa SPSS. Los resultados obtenidos indican que de los cuidadores primarios que presentan sobrecarga leve, el 2,5% presenta ansiedad ligera y el 15% presenta ansiedad moderada/grave; así mismo de los cuidadores que presentan sobrecarga intensa el 18% presentan ansiedad ligera y el 45% ansiedad moderada/grave. Estos resultados evidencian que en la mayoría de los casos, a mayor nivel de sobrecarga, mayor nivel de ansiedad.

En base a las revisiones literarias que relacionan dichas variables, se encuentra que estos resultados guardan concordancia con el realizado por Gualpa et al. (2019) quienes mencionan que del total de la población en estudio conformado por 150 cuidadores de personas con discapacidad, el 38,6 % se presenta sobrecarga del cuidador y el 100% presenta ansiedad, y ésta última observándose en un 79% a partir de la cual el 67,3% pertenece a un nivel de ansiedad medio y el 11,3% a un nivel alto de ansiedad, de esta manera en el estudio se encontró una relación alta (<0.001) entre sobrecarga y ansiedad (Gualpa et al., 2019).

De igual manera, este resultado se ratifica con el encontrado en el estudio realizado en la ciudad de Loja por Ramírez et al. (2020) en donde mediante el análisis de 100 cuidadores, dan a conocer que referente a la relación entre sobrecarga y ansiedad se demuestra un total de 37.3% casos de cuidadores con ansiedad, los cuales también presentan sobrecarga (Ramírez et al., 2020).

Así mismo se puede constatar lo aseverado a través del estudio realizado por Palacios & Pinzón (2016) quienes al realizar un análisis comparativo, han determinado la relación de ambas variables señalando que la prevalencia de sobrecarga en el estudio fue del 53,4% y de sobrecarga intensa del 26,5%, la cual mostró relación con la presencia de ansiedad, y depresión (Palacios & Pinzón, 2016).

Los resultados obtenidos de la presente investigación y los demás estudios que corroboran los datos obtenidos, destacan la importancia del mismo y de la necesidad de la puesta en marcha de más estudios referentes al tema que profundicen esta temática en posteriores investigaciones para utilizarlas como sustento teórico que permita aclarar de una forma más profunda la relación de dichas variables.

8. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos y teniendo como base los objetivos planteados en el presente estudio, se concluye que:

- La presencia de sobrecarga fue del 85% del total de la población en estudio, en donde los niveles que predominaron fue el nivel de sobrecarga intensa con un 65%, y el nivel de sobrecarga ligera con un 20%.
- La presencia de ansiedad fue del 87,5% del total de la población en estudio, en donde los niveles que predominaron fue el nivel de nivel de ansiedad moderada/grave con un 65%, y el nivel de ansiedad leve con un 23%.
- Se observa que existe relación estadísticamente significativa ($p = 0,03 < 0,05$) demostrada entre las variables de estudio, cuya correlación indica que a mayor nivel de sobrecarga, mayor nivel de ansiedad.
- De acuerdo a los resultados, se evidencia la necesidad de brindar atención a la población de estudio a través de la implementación de un programa de intervención que tenga por objetivo reducir el nivel de sobrecarga y ansiedad, mejorando la calidad de vida tanto de cuidadores como de las personas que son asistidas por ellos.

9. Recomendaciones

Consideran la importancia de la investigación y en función de los resultados obtenidos se recomienda:

- La implementación del programa de intervención propuesto para la reducción de los niveles de sobrecarga y ansiedad en el grupo de estudio en quienes se evidenció la presencia de un nivel de sobrecarga asociado a un nivel de ansiedad.
- Dentro de lo que compete a la atención primaria, se logre identificar aquellos factores desencadenantes y de riesgo que contribuyan al desarrollo o cronificación de los niveles sobrecarga y ansiedad en los cuidadores para obtener una detección temprana y realizar un tratamiento oportuno.
- Implementar y/o reforzar los programas de promoción y prevención existentes en el Ministerio de Salud Pública referente a la sobrecarga del cuidador y cuidado de la salud mental en esta población, con la finalidad de prevenir problemáticas psicológicas mayores en los familiares que ejercen el cuidado diario de personas con discapacidad.
- Los resultados obtenidos en esta investigación sean utilizados para la creación de grupos de apoyo formados por cuidadores primarios en los que se facilite la mutua ayuda y la descarga emocional necesaria para mejorar el autocuidado y la atención brindada a la persona asistida.
- A los profesionales de Psicología Clínica de la Zona 7 la aplicación de la propuesta de intervención diseñada en el presente estudio sirviendo como base para una intervención temprana en aquellas personas en las que ha sido identificada la presencia de sobrecarga y sintomatología ansiosa, para que con ello los cuidadores primarios dispongan de ayuda profesional temprana que favorezca su calidad de vida y la del familiar con discapacidad.

10. Bibliografía

- Almería, U. (2020). *Relajación Progresiva de Jaconson*. 1–3.
- Armendariz, B. (2018). *Síndrome del cuidador en cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de leucemia: Hospital Carlos Andrade Marín*.
- Avila-Arroyo, M., López-Méndez, E., Tenahua-Quitl, I., Gallegos-Acevedo, M., & Torres-Reyes, A. (2018). *Vista de Manifestaciones psíquicas y somáticas de ansiedad en adolescentes de secundaria | SANUS*.
<https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/98/78>
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima : el libro definitivo sobre la autoestima por el más importante especialista en la materia*. 361.
- Breinbauer K, H., Vásquez V, H., Mayanz S, S., Guerra, C., y Millán K, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile*, 137(5), 657–665.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>
- Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*.
- Cañizares, V. (2016). *Funcionalidad familiar y sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad severa en la Magdalena y Chilibulo, periodo de marzo a octubre de 2016*.
- Carrión Conde, L. E. (2017). Ansiedad, depresión y sobrecarga con los factores asociados a los cuidadores principales de pacientes en terapia de diálisis 2016. *Universidad Nacional de San Martín, 1*, 1–125.
- De la Revilla, L., De los Ríos, A., Prados, M., y Abril, A. (2019). La sobrecarga de la cuidadora principal, análisis de las circunstancias que intervienen en su producción. *Med*

Fam Andal, 20(2), 122–133. https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/01/v20n2_O_sobrecargaCP.pdf

Delgado-gonzález, O. (2021). *Psychological alterations in caregivers of the intellectually disabled during COVID-19 Introducción*. 37, 1–8.

Delgado, E., González, M., Álvaro, A., Alonso, J., Mediavilla, M., Posadas, R., Gómez, M., Climents, G., y Fernández, M. (2009). *Instrumentos válidos para medir el síndrome del cuidador familiar. Una revisión sistemática de la literatura*. 1–120.

<https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/en/banco-evidencias-cuidados/ano-2009>

Domínguez, J. A., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., y Izquierdo, M. T. (2010).

Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Semergen*, 38(1), 16–23.

<https://doi.org/10.1016/j.semereg.2011.05.013>

Esch, A. (2019). *Estrategias y recursos para cuidadores familiares / Obtenga cuidados paliativos*. <https://getpalliativecare.org/es/coping-strategies-and-resources-for-family-caregivers/>

Fernández, G. (2020). *Funcionalidad familiar y su relación con el síndrome del cuidador cansado en familias con miembros discapacitados de la parroquia Checa del Distrito Metropolitano de Quito, durante noviembre 2018 Mayo 2019*.

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>

Grinaldo, J. (2008). *La Psicoterapia de Apoyo*.

Gualpa, M., Yambay, X., Ramírez, L., y Vázquez, A. (2019). Carga laboral y ansiedad en

- cuidadores de personas con discapacidad severa. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, 23(2542-3401/ 1316-4821), 33–39. <http://orcid.org/0000-0002-8319-2540>
- Hamilton, M. (1959). The Assessment Of Anxiety States By Rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55. <https://doi.org/10.1111/J.2044-8341.1959.TB00467.X>
- Hamilton, M. (1969). *Diagnosis and Ratings of Anxiety*. British Journal of Psychiatry. [https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2301303](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2301303)
- Judeira, B., y Moneira, R. (2007). Habilidades Comunicativas Del Líder En Universidades Privadas Y Su Relación Con La Programación Neurolingüística. *Laurus*, 13(25), 36–64.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E., Lacámara, C., González-Castro, G., Gurrea-Escajedo, A., Elices-Urbano, N., San-Molina, L., Ganoza-García, C., Dueñas-Herrero, R. M., Gutiérrez-Casares, J. R., Galán, F., Bustos, J., Palao-Vidal, D., Cavero-álvarez, M., Mañá-carega, S., ... Martínez-Mesas, J. (2002). Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg Depression and Hamilton Anxiety Rating Scales. *Medicina Clinica*, 118(13), 493–499. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
- López, E., Benítez, G., León, M., Maji, P., Domínguez, D., y Báez, D. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2), 1–9. www.revreumatologia.sld.cu
- Luzuriaga, J. (2017). Ansiedad Y Su Relación Con Síntomas Somáticos 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 Periodo 2016. In

Universidad Nacional De Loja.

http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17025/1/TESIS_WILSON_FERNANDO.pdf

Martínez, S. (2019). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina.*

Mayra Martínez Mallen, D., Nelson López Garza, D., & Psicoterapeuta cognitivo conductual, P. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(3), 101–107.

Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., Climent-Rodríguez, J. A., y Gómez-Salgado, J. (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 268–271. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2017.11.009>

Palacios, E., & Pinzón, D. (2016).

Sobrecarga, ansiedad y depresión en el cuidador de paciente con enfermedad cerebrovascular. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 25(4), 232–234. <https://www.elsevier.es/es-revista-repertorio-medicina-cirurgia-263-pdf-S0121737216300826>

Partarrieu, A. (2011). *Diálogo Socrático En Psicoterapia Cognitiva.*

Piñanez, M., Dominguez, M., y Nuñez, A. (2016). Sobrecarga en cuidadores principales de Adultos Mayores. *Rev. Salud Pública Parag*, 6(2), 10–15.

Prado, K. (2020). “*Relación entre sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad, en el Centro de Salud N°3, Loja.*”

Quinche, Á. M., Goya, G. T. G., Molina., M. A., Ríos, A. L. R., y Valdivieso, J. G. (2016). Ansiedad y Depresión en los cuidadores de personas con discapacidad muy grave y severa en el Cantón Paltas, Provincia de Loja. *Portales Médicos*. <https://www.revista->

portalesmedicos.com/revista-medica/ansiedad-depresion-cuidadores/5/

Quinche, Á., y Rios Elizalde, A. (2016). *Caracterización y factores de riesgo de los cuidadores para el desarrollo del síndrome del cuidador en personas con discapacidad muy grave y severa - Página 6 de 7 - Revista Electrónica de Portales Medicos.com.*
Revista Electronica de Portales Médicos. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidadores-sindrome-del-cuidador/6/>

Ramírez, M., Ocampo, K., Ortega, D., y Erazo, N. (2020). Identificación de la carga laboral y su relación con la percepción de salud en cuidadores de la zona 9 del Ecuador. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 4(6), 64–74. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol4iss6.2020pp64-74p>

Reyes-Ticas, A. (2016). *Trastornos de la Ansiedad Guía Práctica para Diagnóstico y Tratamiento.*

Rodríguez, T., García, M., y Ramón, C. (2005). Técnicas de relajación y auto control emocional. *MediSur*, 3(3), 55–70.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewjupliZwarzAhXhD7kGHejKAFIQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F1800%2F180019787003.pdf&usg=AOvVaw3ASc vRCctcw4nGYRMUfiwA>

Sánchez, E. N. (2019). *Relación entre la sobrecarga y el afrontamiento al estrés en cuidadores formales de pacientes gerontes con demencia en la ciudad de Paraná.* 81.
<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9034/1/relacion-entre-sobrecarga-afrontamiento.pdf>

Soriano, A. (2020). *Programa de intervención en estrategias de afrontamiento para*

cuidadores y familiares de personas con afasia.

<https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/1369?show=full>

Tartaglini, M. F., Feldberg, C., Hermida, P. D., Heisecke, S. L., Dillon, C., Ofman, S. D.,

Núñez, M. L., y Somale, V. (2020). Zarit caregiver burden Scale: Analysis of its psychometric properties in family caregivers living in Buenos Aires, Argentina.

Neurologia Argentina, 12(1), 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.11.003>

Tartaglini, M. F., Ofman, S. D., y Stefani, D. (2016). Sentimiento de Sobrecarga y

Afrontamiento en Cuidadores familiares principales de pacientes con demencia. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 19(1), 221–226.

Torres-Avenidaño, B., Agudelo-Cifuentes, M. C., Pulgarin-Torres, Á. M., & Berbesi-

Fernández, D. Y. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario.

Medellín, 2017. *Universidad y Salud*, 20(3), 261.

<https://doi.org/10.22267/rus.182003.130>

Torres, E. del C. (2016). *Niveles de ansiedad y depresión en cuidadores de personas con*

discapacidad que acuden al Sub Centro de salud de Chimbacalle.

<https://doi.org/10.1145/3132847.3132886>

Viera, D., y Yugcha, E. (2016). “*Síndrome del cuidador cansado y su relación con el control*

metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de

Chimbacalle, en el período comprendido entre junio a julio del 2016.”

Zepeda-Álvarez, P. J., y Luz Muñoz-Mendoza, C. (2019). Sobrecarga en cuidadores

principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud.

Gerokomos, 30(1), 2–5. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-

[928X2019000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://gerokomos.com/wp-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://gerokomos.com/wp-)

content/uploads/2019/03/30-1-2019-002.pdf

11. Anexos

Anexo 1. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

	Pregunta	Nunca	Rara vez	Alguna veces	Bastante s veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar yano dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10	¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?					
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Anexo 2. Escala de Ansiedad de Hamilton

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales</i> (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos, escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales.	0	1	2	3	4

Anexo 3. Consentimiento informado



Vanessa Merchan

Niveles de sobrecarga y ansiedad en cuidadores primarios de personas con Discapacidad Intelectual del Hospital Básico Macará Periodo 2021.

PARTE I: Información

Introducción

Mi nombre es Vanessa Lizeth Merchan Cumbicus, soy estudiante del Décimo ciclo “A” de la carrera de Psicología Clínica, me dirijo a ustedes debido a que el motivo de la presente es porque me encuentro realizando un proyecto de investigación, cuyo estudio será específicamente realizado en cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual, por tanto de manera muy cordial le invito a ser partícipe del proyecto investigativo denominado “Niveles de sobrecarga y ansiedad en cuidadores primarios de personas con Discapacidad Intelectual del Hospital Básico Macará”. Si tiene alguna pregunta acerca de la investigación a realizar puede hacérmelo saber para solventar todas sus dudas o inquietudes, así mismo, puede tomarse unos minutos para saber si desea participar o no en la presente investigación, de antemano le agradezco por el tiempo y la atención prestada.

Propósito

He decido realizar la presente investigación porque a lo largo del tiempo he podido observar que priorizar la salud mental de los cuidadores primarios es tan importante como lo es el cuidar a una persona con discapacidad, y más aún porque específicamente en nuestro medio no existen estudios como tal dirigidos a aquellas personas que cumplen dicho rol de cuidador primario, por lo cual resulta muy importante la realización de este estudio, para conocer más de cerca la realidad que están viviendo, y ante ello ofrecer soluciones que lleven a mejorar su vida.

Procedimientos y Protocolo

Para llevar a cabo la investigación, en primero lugar se necesita que usted autorizare por medio de este consentimiento informado su participación en el estudio, posteriormente se procederá a la aplicación reactivos psicológicos y una encuesta que son eventualmente de forma rutinaria, por lo tanto le pediré de la forma más respetuosa me ayude respondiendo a dos test psicológicos: “Escala de Ansiedad de Hamilton”, que me permitirá evaluar los niveles de ansiedad , “Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit”, que me permitirá identificar los niveles de sobrecarga. Finalmente le pediré su colaboración para llenar sus datos dentro de una ficha sociodemográfica para obtener información acerca de usted. Es importante mencionar que toda la información proporcionara es completamente confidencial, y seré yo quien está a cargo de la investigación, haciendo uso de ella únicamente para fines académicos.

Selección de participantes

Para la realización de este estudio se ha seleccionado a cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual como participantes, por lo tanto usted ha sido elegido/a como uno de estos participantes porque cumple con el perfil y los requisitos necesarios de cuidador primario para llevar a cabo el estudio.

Participación Voluntaria

Usted puede elegir voluntariamente si desea o no participar en la investigación, en caso de elegir no hacerlo no habrá ningún tipo de problema, puesto que igual continuara recibiendo los servicios de los que ha venido beneficiándose, ya que su no participación no altera ningún otro ámbito de atención del que usted se favorece.

Duración

La aplicación de los cuestionarios durará un día ocupando alrededor de 40 minutos, en donde se le dará a conocer cuál es el estudio a realizar y se llevará a cabo la aplicación de los dos reactivos psicológicos y la ficha sociodemográfica antes mencionados.

Riesgos

La presente investigación no supone riesgo alguno para usted, ni para ninguna otra persona.

Molestias

Al participar en esta investigación, no se evidenciará molestia alguna hacia usted.

Beneficios

Los beneficios por formar parte de esta investigación son referentes a que usted podrá acceder a ser intervenido si lo desea de forma voluntaria, con una propuesta de un plan terapéutico elaborada para la reducción de la ansiedad y sobrecarga, además dentro de la misma, podrá beneficiarse de métodos y técnicas que le ayuden a manejar de forma más saludable su sintomatología, y mejorar su calidad de vida. Serán beneficiarias también aquellas personas con discapacidad que se encuentra bajo su cuidado, ya que indirectamente con el mejoramiento de su salud mental y física, podrá otorgar un mejor cuidado. Entre otros de los beneficios será poder obtener datos más específicos acerca de esta población en nuestra querida ciudad, para poder elaborar más propuestas encaminadas a el mejoramiento y la priorización de su salud mental.

Incentivos

Es importante mencionar que a pesar de la colaboración prestada por cada uno de los participantes, no se obtendrá incentivo alguno por dicha colaboración.

Confidencialidad

Al ser aceptar voluntariamente ser partícipe de esta investigación, los datos y la información proporcionada serán mantenidos mediante la total confidencialidad. Dicha información revelada se utilizará únicamente para fines académicos, los nombres y la identidad de cada de uno de los participantes serán protegidos y no serán revelados a personas o fuentes externas, por ende nadie más que la responsable del estudio tendrá acceso a dicha información. De igual manera, será imposible identificarlo/a mediante la lectura de sus respuestas, ya que como bien he mencionado, lo importante es resguardar su identidad y mantener bajo los términos de la confidencialidad la información otorgada.

Derecho a negarse o retirarse

Estimado usuario, en caso no querer ser partícipe de la investigación, no tiene que verse en la obligación de hacerlo si no lo desea. Por tanto si opta por ya no continuar con su participación puede comunicarlo y hacerlo saber en el momento que quiera, ya que es su decisión, nadie lo podrá obligar y sobre todo sus derechos son respetados en su totalidad.

A Quién Contactar

Si usted tiene alguna inquietud, o pregunta puede hacerla en este momento o más tarde, en caso de que las solicite más tarde o posteriormente luego de haber finalizado la aplicación de los reactivos, puede contactarse a:

Vanessa Merchan

va.ne_25@hotmail.com

+593961100191



PARTE II:

Formulario de Consentimiento

Yo,.....con número de cédula C.I:
cuidador/a primario de, he
sido invitado/a, a ser partícipe de la investigación denominada “Niveles de sobrecarga y
ansiedad en cuidadores primarios de personas con Discapacidad Intelectual del Hospital
Básico Macará”, entiendo que se me aplicarán cuestionarios, y entrevistas. He sido
informado/a de los posibles riesgos o molestias. (Sé que puede que no haya beneficios para
mi persona). Se me ha proporcionado el nombre de la persona responsable del estudio,
misma que puede ser fácilmente contactada usando el nombre y la dirección que se me ha
dado acerca de la misma.

Por lo tanto declaro que:

*He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de
preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he
realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y
entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que
me afecte en ninguna manera mis derechos.*

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Día/Mes/Año

Anexo 4. Aprobación del trabajo de titulación

Loja, 18 de noviembre de 2021

Dra. Ana C. Puertas A. Mg.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA - UNL.
En su despacho. -

De mi consideración:

Extiendo un saludo atento, cordial y respetuoso.

En respuesta al Oficio No. -249- C.PS.CL- FSH-UNL, de fecha 11 de noviembre de 2021, en el que se solicita analizar y emitir el informe de estructura y coherencia del proyecto denominado:

“NIVELES DE SOBRECARGA Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL HOSPITAL BÁSICO MACARÁ PERIODO 2021.”, de autoría de la Srta. Vanessa Merchán Cumbicus CI. 1150416046, señalo que, una vez que se ha realizado la revisión del Proyecto de Tesis, informo a Usted que el mismo tiene estructura y coherencia; por lo que se considera, podrá continuar realizando su trabajo de tesis según el cronograma planteado.

Atentamente,

 Firmado electrónicamente por:
CINDY ESTEFANIA
CUENCA SANCHEZ

Psc. CI. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez. Mg.
Docente

Anexo 5. Asignación de tutora de tesis



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. -288- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 24 de noviembre del 2021

Psicóloga Clínica
Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el “Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009”, una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que está gestión, la ha designado Directora de Tesis del Proyecto adjunto, denominado: **“NIVELES DE SOBRECARGA Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL HOSPITAL BÁSICO MACARÁ PERIODO 2021.”**, autoría de la Srta. estudiante Vanessa Merchán Cumbicus con C.I 1150416046, estudiante del X ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,





firmado digitalmente por
**ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA**

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Vanessa Merchán Cumbicus
Expediente estudiantil
Archivo

Anexo 6. Certificación del tribunal


 1959	 Universidad Nacional de Loja	CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA	Facultad de la Salud Humana
---	---	--------------------------------------	-----------------------------------


CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO


Loja, 09 de mayo de 2022

En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado. **NIVELES DE SOBRECARGA Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL HOSPITAL BÁSICO MACARÁ PERIODO 2021**, de la autoría de la Srta. **Vanessa Lizeth Merchán Cumbicus** portadora de la cédula de identidad Nro., **1150416046** previo a la obtención del título de **Psicóloga Clínica**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del Tribunal o por la Director Trabajo de Titulación, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de Titulación de Grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y Sustentación Pública.

APROBADO


Dra. Karina Gabriela Rojas Carrión. Mgs
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL


Psic. Cl. Karina Cecibel Flores Flores . Mgs
VOCAL PRINCIPAL


Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mgs
VOCAL PRINCIPAL

Calle Manuel Monteros
Trás el Hospital Hidro Ayora · Loja - Ecuador
072 - 57 1379 Ext. 102

Anexo 7. Autorización del Hospital



Ministerio de Salud Pública
Dirección Distrital 11D07 Macará-Sozoranga-Salud

Oficio Nro. MSP-CZ7-DDS-11D07-2021-0127-O

Macará, 06 de diciembre de 2021

Asunto: RE: Solicitud de autorización para la aplicación de dos reactivos psicológicos en el Hospital Macará.

Srta.
Vanessa Lizeth Merchan Cumbicus
En su Despacho

De mi consideración:

función del documento en referencia comunico que se autoriza la aplicación de dos reactivos psicológico denominados "Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit" y "Escala de Ansiedad de Hamilton", así como también de una ficha socio demográfica la cual la deberá obtener previa autorización de los cuidadores de personas con discapacidad intelectual que asisten al Hospital Básico Macará.

Para ello solicito al equipo de calificación de discapacidades proporcionar todas la facilidades para que la Srta. Vanessa Lizeth Merchan Cumbicus, realice su trabajo de titulación denominado "NIVELES DE SOBRECARGA Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL DEL HOSPITAL BÁSICO MACARÁ PERIODO 2021.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Jorge Humberto Moncayo Flores
DIRECTOR DISTRITAL 11D07 MACARÁ-SOZORANGA-SALUD

Referencias:
- MSP-CZ7-DDS-11D07-V.UNIC-2021-0265-E

Anexos:
- msp-cz7-dds-11d07-v.unic-2021-0265-e.pdf

Dirección: Cabo Sánchez y Catamayo. Código Postal: 110701 / Macará Ecuador
Teléfono: 593-7-2894-074 - www.salud.gob.ec

*Documento firmado electrónicamente por Guipuz

 **Gobierno** | Juntos lo logramos
del Encuentro | 1/2

Anexo 8. Evidencias fotográficas



Anexo 9. Certificado de traducción al inglés

Loja, 08 de febrero de 2022

Yo Juan Diego Iñiguez Carrión, licenciado en Ciencias de la Educación mención inglés registro Nro.1031-2021-2295809

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma inglés de resumen de la tesis titulada: **Niveles de sobrecarga y ansiedad en cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual del Hospital Básico Macará Periodo 2021** de la autoría de Vanessa Lizeth Merchan Cumbicus con cédula de ciudadanía número 1150416046 estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad pudiendo el interesado hacer uso de este documento como estime conveniente



Lcdo. Juan Diego Iñiguez Carrión

Cdla: 1104652258

Anexo 10. Anteproyecto de tesis



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

PROYECTO DE TESIS

Niveles de sobrecarga y ansiedad en cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual del Hospital Básico Macará Periodo 2021

AUTOR

Vanessa Lizeth Merchan
Cumbicus

LOJA-ECUADOR

Abril-Septiembre 2021

a. Tema

Niveles de sobrecarga y ansiedad en cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual del Hospital Básico Macará Periodo 2021

b. Problemática

La sobrecarga del cuidador en la actualidad se evidencia como un problema de salud pública que ha tenido gran impacto en los últimos años, esta se refiere un estado psicológico que se da como resultado tanto de la combinación del trabajo físico, la presión emocional, las restricciones sociales, como de las demandas económicas que se originan al estar a cargo del cuidado de una persona dependiente (De la Revilla et al., 2019).

Según el Informe Mundial Sobre la Discapacidad, alrededor de mil millones de personas en el mundo padecen de algún tipo de discapacidad, correspondiendo dicha cifra al 15% de la población mundial (OMS, 2019). En Ecuador existen 471.200 personas con algún tipo de discapacidad registrada según la base de datos del Consejo Nacional de Discapacidades, y de esta cifra en la provincia de Loja existen 14,641 personas con discapacidad (CONADIS, 2021).

Prestar la atención y los cuidados adecuados a personas con discapacidad supone un notable labor, de esta manera la responsabilidad en la mayoría de los casos corresponde a la propia familia, que ante este nuevo reto se caracteriza por no tener una formación específica en este ámbito, y que además carece de estrategias para afrontar la presencia de ansiedad o depresión, que son originada por ofrecer dicho cuidado (Navarro-Abal et al., 2019).

Mediante estudios internacionales acerca del impacto de la sobrecarga en la vida del cuidador se indica que en Estados Unidos el 55,5% de los cuidadores presenta sobrecarga leve o intensa, en España el 66,4%; de igual manera en Chile y Argentina se observa el 58% de sobrecarga; y en Colombia el 47%, la cual a su vez se asocia también con un incremento de los síntomas depresivos y de ansiedad haciéndolos vulnerables a las diferentes enfermedades psiquiátricas (Piñanez et al., 2016).

En Ecuador, en la ciudad de Quito, se realizó una investigación denominada “Funcionalidad familiar y sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad severa en la Magdalena y Chilibulo, periodo de marzo a octubre de 2016”, dentro de la cual se evidenció que al menos el 61.7% de los cuidadores presentan el síndrome de sobrecarga, especificándose una sintomatología clínica de estrés severo, depresión, cansancio

excesivo, dolor corporal, sentimientos de frustración, e incluso insomnio durante un largo periodo de tiempo (Cañizares, 2016).

Así mismo, en la ciudad de Loja se llevó a cabo el estudio “Caracterización y factores de riesgo de los cuidadores para el desarrollo del síndrome del cuidador en personas con discapacidad muy grave y severa”, y dentro del mismo se obtuvieron resultados que indicaron que alrededor del 62% de la población en estudio presentó sobrecarga del cuidador, en donde en el 31% se evidenció sobrecarga intensa y en el 37% se evidenció sobrecarga leve (Quinche y Ríos Elizalde, 2016).

La ansiedad como síntoma de la sobrecarga del cuidador, es aquel sentimiento de temor e inquietud, que conlleva a enfrentar con angustia algún problema dentro de los diversos ámbitos de la vida del ser humano. La Organización Panamericana de la Salud menciona que entre las enfermedades mentales más comunes se encuentra la depresión y ansiedad (PAHO, 2018), siendo el Trastorno de Ansiedad en Latinoamérica el segundo trastorno mental más incapacitante, evidenciando en Ecuador un total de 5,2% (OMS, 2018).

En este contexto, el cuidado se puede convertir en un factor que afecta significativamente de manera negativa a la persona que ejerce el rol de cuidador, sobretodo porque la sobrecarga que experimenta en general se asocia a otros problemas graves tanto en su salud física como mental.

La ansiedad al ser uno de los síntomas más predominantes como consecuencia de esta sobrecarga, en el cuidador se pueden ver reducidas sus capacidades y estrategias para afrontar de manera adecuada las demandas que exige el cuidado de una persona con discapacidad, dificultando incluso el adaptarse a la situación en la que se encuentran, llegando a experimentar limitaciones en las actividades de su vida diaria por cumplir el rol (Á. Quinche et al., 2016).

Es así que, con lo anteriormente mencionado, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador y la ansiedad en los cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual?

c. Justificación

La presente investigación, permitirá realizar un análisis sobre la literatura revisada acerca de que en nuestro medio, el cuidado para las personas con discapacidad en su mayoría es proporcionado por familia, y que por lo general es un familiar quien a pesar de la falta de preparación se hace cargo de atender y complementar la falta de autonomía de la persona dependiente, siendo posible que generen cuadros psicopatológicos graves, además, dicho análisis permitirá sustentar con mayor seguridad si existe una relación entre las variables de estudio.

Teniendo en cuenta que la calidad de vida de la persona con discapacidad depende en gran medida de los cuidados que provea el cuidador primario, la información que se obtenga, podrá brindar información sobre la salud mental de los cuidadores y las causas específicas o factores de riesgo que los hacen más propensos al desarrollo de estrés, sobrecarga, y estados de ansiedad tras no ser intervenidos adecuadamente.

En este contexto, la población de estudio presenta un alto riesgo a desarrollar y padecer enfermedades emocionales y físicas, que pueden afectar a su ámbito personal, social, y económico, por esta razón, es fundamental reconocer e identificar los niveles de sobrecarga y ansiedad, considerándolos como signos de alerta que pueden incidir en el desarrollo de enfermedades físicas en los cuidadores primarios, y más aún, que indican la morbimortalidad de las personas que están a su cuidado, esto con el propósito de disminuir cualquier tipo de violencia o abuso hacia ellos promoviendo la calidad de vida tanto del cuidador como de la persona con discapacidad que recibe el cuidado.

La salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo del individuo y de la comunidad; la promoción y prevención en salud mental tiene por objetivo favorecer las condiciones de resiliencia como un recurso para promover el bienestar y de esta manera reforzar el afrontamiento de la condición crítica en la que puede verse inmersa la persona.

En Ecuador, las investigaciones sobre la salud mental en los cuidadores primarios de personas con discapacidad son escasas, por tanto resulta pertinente realizar el presente estudio, mismo que se desarrollará en el Hospital Básico Macará, del cantón Macará, provincia de Loja, debido a la gran incidencia de personas con discapacidad que acuden a

este centro de salud en compañía de sus cuidadores, los mismos que pueden presentar el riesgo de padecer sintomatología asociada a la sobrecarga del cuidado.

Finalmente, la presente investigación pretende resaltar la importancia del desarrollo y la implementación de un modelo de intervención que beneficie a la población de estudio, mediante estrategias de prevención e intervención en personas cuidadoras que presenten sobrecarga y ansiedad, promoviendo una mejora de su salud y su calidad vida.

d. Objetivos

Objetivo general:

- Determinar la relación entre los niveles de sobrecarga y los niveles de ansiedad en los cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual.

Objetivos específicos:

- Identificar mediante la aplicación de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit el nivel de sobrecarga que existe en los cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual.
- Identificar mediante la aplicación del cuestionario de Ansiedad de Hamilton el nivel de ansiedad de los cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual.
- Analizar la relación que existe entre el nivel de sobrecarga y el nivel de ansiedad en los cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual.
- Diseñar un plan intervención dirigido a ofrecer estrategias para una salud mental adecuada en los cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual.

e. Metodología

Tipo de estudio

La investigación corresponde a un enfoque cuantitativo, de manera que pretende medir las variables de estudio a través de la recolección de datos utilizando instrumentos de medición y recolección de datos sociodemográficos para realizar un análisis de las variables relacionadas a los niveles de sobrecarga y ansiedad en cuidadores de personas con discapacidad intelectual, y cuyo análisis está orientado a los resultados que se obtendrán.

Además, es de tipo descriptivo-correlacional, porque busca establecer la relación entre las dos variables de estudio, y utilizará un diseño de estudio de tipo no experimental, es decir, las variables de estudio no serán alteradas, ni manipuladas; de tipo trasversal, porque la recolección de datos se realizará en una sola instancia con el fin de analizar las variables.

Diseño de Investigación

La presente investigación es retrospectiva, además pertenece a una investigación documental y de campo, puesto que se obtendrán datos de la realidad directa para poder estudiarlos tal cual se presentan, sin llegar a manipular las variables planteadas.

Área de estudio

El área de estudio estará conformada por aquellos cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual que acuden al Hospital Básico Macará, mismo que pertenece al Ministerio de Salud Pública, y que se encuentra ubicado en el barrio Velasco Ibarra, entre las calles Cabo Sánchez y Catamayo, del cantón Macará, provincia de Loja.

Población

La población a estudiar está constituida por aproximadamente 40 personas, hombres y mujeres mayores de 18 años, que son cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual, los cuales acuden al servicio de consulta externa del Hospital

Básico Macará.

Muestra

En la presente investigación se opta por seleccionar al 100% del universo o población de estudio, y cuenta con un muestreo no probabilístico, ya que se pretende realizar el estudio en todas aquellas personas que asistan y que a su vez serán seleccionadas como objeto de estudio debido a la fácil accesibilidad por parte de la investigadora.

Criterios de inclusión

- Cuidadores de personas que presenten discapacidad intelectual y que se encuentren registrados dentro del Hospital Básico Macará.
- Personas que ejerzan el rol de cuidador primario de una persona con discapacidad intelectual.
- El cuidador primario deberá ser mayor a 18 años de edad.
- Cuidadores primarios que autoricen por medio del consentimiento informado los términos mencionados para formar parte del estudio.
- Cuidadores primarios que no reciban remuneración económica por el cuidado a una persona con discapacidad intelectual.

Criterios de exclusión

- Cuidadores primarios que luego de haber aceptado y firmado el consentimiento informado opten por retirarse del estudio.
- Cuidadores primarios que luego de haber participado en la realización de la aplicación de reactivos proporcionen datos incompletos dentro de los mismos.

Metodología por objetivos

Para el desarrollo del presente estudio, el primer lugar se elaboraran los

permisos y se realizarán las gestiones necesarias que serán emitidas a las autoridades del Hospital Básico Macará para poder obtener los permisos correspondientes para llevar a cabo la realización de la presente investigación.

Posteriormente, luego de haber conseguido el permiso necesario, se reúne a las personas seleccionadas para dar a conocer la importancia de su participación en la investigación, y se les brindará información acerca de que los datos que proporcionaran deberán ser sinceros y reales, de esta manera se procederá a darles a conocer el consentimiento informado, el cual luego de haber sido autorizado y firmado, permitirá la aplicación de los dos instrumentos de medición.

De esta manera, para el cumplimiento del objetivo general que hace referencia a determinar la relación entre los niveles de sobrecarga y los niveles de ansiedad en los cuidadores primarios de pacientes con discapacidad intelectual, se deberá realizar el análisis de los datos obtenidos tras la aplicación de los instrumentos que midan ambas variables.

Es así como, para cumplir con el primer objetivo específico, se utilizará la Escala de sobrecarga de Zarit, cuyo propósito está centrado en identificar el nivel de sobrecarga en los cuidadores de personas dependientes (Anexo 1).

Para el cumplimiento del segundo objetivo, se utilizará la Escala de Ansiedad de Hamilton, cuyo propósito en este estudio será identificar la intensidad de ansiedad en los cuidadores de personas con discapacidad (Anexo 2). Para el tercer objetivo, se empleará la prueba de Chi² (Chi cuadrado), que establecerá el grado de correlación entre las dos variables de estudio.

Por último, para llevar a cabo el cuarto objetivo que se refiere a proponer un plan terapéutico dirigido a ofrecer estrategias para una salud mental adecuada en los cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual, se elaborará lo antes mencionado y se entregará dicha propuesta a las autoridades responsables de Hospital, con el fin de lograr la reducción de ambas variables en aquellas personas que requieran y deseen voluntariamente de atención con las estrategias y métodos propuestos dentro de este plan terapéutico.

Equipos y Materiales

Los equipos que se utilizarán para el desarrollo de la investigación serán impresora, computadora, Microsoft Excel y Software SPSS; y con respecto a los materiales se utilizarán hojas papel boom, esferos y lápiz.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para llevar a cabo la recolección de datos se empleará la técnica de observación directa, y la técnica de encuesta, con las cuales medir y para analizar el comportamiento de las personas que serán objeto de estudio encontrándose en contacto personalmente con el cuidador primario, y la técnica de encuesta. Como instrumentos se utilizarán dos test o reactivos psicológicos para cumplir con dos de los objetivos específicos planteados, y una ficha sociodemográfica para obtener datos directos y precisos acerca de las personas objeto de estudio.

Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos

Para llevar a cabo la recopilación de los datos se procede ingresar lo obtenido al programa Microsoft Excel en donde se realizará la tabulación de datos mediante la elaboración de una tabla con los datos ordenados, luego se exportará dichos datos al programa estadístico Software SPSS para efectuar el correspondiente análisis estadístico-descriptivo e interpretación de lo obtenido, mediante la utilización de la prueba de Chi 2 (chi cuadrado).

Una vez obtenidos los datos acerca de correlación de ambas variables, se procede a la creación de gráficos mediante la utilización de diagramas de barra que permitan la interpretación cada uno de los resultados obtenidos y de esta manera cumplir con todos los objetivos planteados en la investigación.

Fuente de Información

Esta investigación se sustenta en fuentes primarias, puesto que los datos obtenidos hacen referencia a una investigación que será recogida en primera instancia por la persona responsable de realizar el estudio mediante la aplicación de dos instrumentos de medición y un cuestionario antes mencionados. Fuentes secundarias, por información que ha sido analizada de documentos primarios como artículos con los cuales se llevó a cabo algunas interpretaciones.

Consideraciones éticas

Para la realización del presente estudio se tomará principalmente en consideración las recomendaciones éticas internacionales para investigaciones dirigidas a personas/humanos de nuestro entorno. De esta manera, se desarrollará y se hará uso de un consentimiento informado con el cual se puede dar a conocer a cada uno de los participantes seleccionados como muestra de estudio y que en este caso son los cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual, la garantía de que los datos proporcionados por ellos en cada uno de los instrumentos de medición y ficha sociodemográfica, estarán bajo el respectivo cumplimiento de los principios de la autonomía y confidencialidad. De igual manera, se destaca poner a conocimiento de los participantes que en caso de ser necesario y así desearlo, pueden retirarse y no ser partícipes del estudio, el cual está conformado únicamente por aquellos cuidadores que de forma voluntaria acepten participar en el estudio, así finalmente es importante mencionar que toda la información que se obtenga y se maneje dentro de este estudio se abordará con total confidencialidad, para fines únicamente investigativos.

Consentimiento informado

Para llevar a cabo la presente investigación, y poder realizar la aplicación de los reactivos psicológicos y ficha sociodemográfica con los cuales se obtendrán datos personales de las personas que participaran del estudio, se realizará la elaboración de un consentimiento informado, mismo que ha sido elaborado por la OMS, y que a su vez ha sido extraído y adaptado para este estudio (Ver anexo 3).

f. Cronograma

ACTIVIDADES	Meses	may-21				jun-21				jul-21				ago-21				sep-21				oct-21				nov-21				dic-21				ene-22				feb-22				mar-22			
	Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Revisión bibliográfica																																													
Selección del tema de investigación																																													
Elaboración del planteamiento del problema y justificación																																													
Elaboración de objetivos e hipótesis de investigación																																													
Elaboración de la pregunta de investigación																																													
Búsqueda de los instrumentos de medición																																													
Elaboración del marco teórico y metodología																																													
Elaboración de presupuesto y financiamiento																																													
Presentación y corrección del borrador 1 del proyecto																																													
Revisiones por parte del docente a cargo																																													
Aprobación del proyecto																																													
Preparación y revisión del material para aplicación de reactivos																																													
Aplicación de los reactivos																																													
Tabulación y análisis de los resultados																																													
Elaboración de la discusión																																													
Elaboración de las conclusiones y recomendaciones																																													
Presentación del segundo borrador para revisión																																													
Disertación privada																																													
Disertación pública e incorporación																																													

g. Presupuesto y financiamiento

Concepto	Unidad	Cantidad	Costo Unitario USD\$	Costo Total USD
Movilización	Pasaje de taxi	10	1\$	10\$
Materiales y suministros				
Lápices	Docena	1	0,30 ctvs	3,60 \$
Esferos	Docena	1	0,40 ctvs	4,80 \$
Hojas papel boom	Resmas	3	2,80 \$	8,30 \$
Borradores	Docena	1	0,20 ctvs	2,40 \$
Grapadora	Unidad	1	2,50\$	2,50 \$
Caja de grapas	Docena	1	1,50 \$	1,50 \$
Copias	Unidad	Varias	0,01 ctvs	20,00 \$
Impresiones	Unidad	Varias	0,10 ctvs	30,00 \$
Internet	Mes	5	22 \$	110,00 \$
Folio	Unidad	1	0,95 ctvs	0,95 ctvs
Recursos bibliográficos y Software				
SPSS		1	320,00\$	320,00 \$
Microsoft Excel		1	0\$	0\$
Equipos				
Impresora		1	120\$	120, 00 \$
Computador		1	890,00\$	890,00 \$
Teléfono		1	220,00\$	220, 00 \$
Cartuchos de tinta		1	8,00 \$	8,00 \$
Subtotal				1,752.05
Imprevistos				20,00 \$
TOTAL				1,772.05
Recursos Humanos				
Director del Hospital Básico de Macará				
Cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual				
Personal del área de la Salud Mental				
Estudiante responsable del estudio				