



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

Malestar Psicológico y Resiliencia en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad
de la Ciudad de Loja, Periodo Abril - Agosto 2022.

Trabajo de Integración Curricular previo a la
obtención del título de Licenciada en
Psicología Clínica.

AUTORA:

Jennifer Fernanda Uchuari Quezada

DIRECTORA:

Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2022

Certificado



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

FECHA: Loja 12 de septiembre de 2022

DE: Psc. CI. Vanessa Romina Pineda Rojas, Mg. Sc. DIRECTOR/A DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

PARA: Dra. Ana Puertas Catalina Asanza. DIRECTOR/A DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de integración curricular del tema: **Malestar Psicológico y Resiliencia en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad de la Ciudad de Loja, Periodo Abril- Agosto 2022**, de la autoría de **Jennifer Fernanda Uchuari Quezada**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.



VANESSA
ROMINA PINEDA
ROJAS

Psc. CI. Vanessa Romina Pineda Rojas Mg. Sc

FIRMA

Autoría

Yo, **Jennifer Fernanda Uchuari Quezada**, declaro ser autor/a del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.



La autora

Cédula de Identidad: 1150754263

Fecha: 16 de septiembre del 2022

Correo electrónico: jennifer.uchuari@unl.edu.ec

Teléfono o Celular: 0999467285

Carta de Autorización

Yo, JENNIFER FERNANDA UCHUARI QUEZADA declaro ser autor(a) del Trabajo de Integración Curricular titulado **Malestar Psicológico y Resiliencia en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad de la Ciudad de Loja, Periodo Abril - Agosto 2022.**, como requisito para optar el título de **Licenciado/a en Psicología Clínica** autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 16 días del mes de septiembre del dos mil veintidós.



Autora: Jennifer Fernanda Uchuari Quezada

Cédula: 1150754263

Dirección: Loja, Carigan (Av. Pablo Palacios y Av. Lateral de Paso Ángel F. Rojas)

Correo electrónico: jennifer.uchuari@unl.edu.ec

Celular: 0999467285

DATOS COPLEMENTARIOS:

Directora de Trabajo de Integración Curricular: Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

- **Presidenta:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.
- **Vocal 1:** Psc. Cl. Cindy Cuenca Sánchez Mg. Sc.
- **Vocal 2:** Psc. Cl. Marco Sánchez Salinas Mg. Sc.

Dedicatoria

Se lo dedico Dios por ser mi fortaleza para seguir esforzándome cada día, sin desvanecer. Para mis padres Wilfrido Uchuari y María Quezada que desde pequeña me motivaron a seguir adelante a pesar de las adversidades, además por siempre apoyarme en cada paso dado. A mis hermanos que me brindaron su apoyo incondicional en este proceso de aprendizaje. A mi abuela que se preocupó por mi bienestar en todo momento. Por último, para el recuerdo de mi abuelo que siempre creyó en mis metas y tuvo grandes expectativas sobre mi futuro.

Jennifer Fernanda Uchuari Quezada

Agradecimiento

Primeramente, le agradezco a Dios por darme fuerzas para terminar una etapa más en mi vida y guiarme en el camino de ser una mejor persona.

Gracias a mis padres por ser mi soporte primordial, por apoyarme en mis decisiones tomadas en cuanto a mi educación y otras actividades, por aconsejarme con sabiduría y por haber confiado en mis capacidades, e incluso por acompañarme en esta aventura de altos y bajos momentos. De igual manera, estoy agradecida con mis hermanos, abuelos y familia en general por su presencia en mi vida.

A la Universidad Nacional de Loja, Facultad de Salud Humana, en específico a la carrera de Psicología Clínica por haberme permitido formarme a nivel personal y profesional, y en ella, gracias a los docentes que fueron partícipes de este proceso de enseñanza-aprendizaje, los mismos que me ayudaron a crecer en todos los ámbitos.

Mis más sinceros agradecimientos a mi directora de trabajo de integración curricular, la Psicóloga Clínica Vanessa Pineda Rojas por su calidez, tiempo, dedicación, sabiduría y acompañamiento en todo el proceso de mi investigación.

Por último, a mis amigos y compañeros que estuvieron en todo momento aportando experiencias y dándome ánimos para culminar con éxito esta etapa universitaria.

Jennifer Fernanda Uchuari Quezada

Índice

Hojas Preliminares

Portada.....	i
Certificado	ii
Autoría	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de contenidos.....	vii
• Índice de Tablas	
• Índice de Cuadros	
• Índice de Anexos	

Cuerpo del Trabajo de Integración Curricular

1. Título	1
2. Resumen	2
2.1. Abstrac.....	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	7
4.1. Capítulo I: Malestar Psicológico.....	7
4.1.1. Definición.....	7
4.1.2. Propiedades del malestar psicológico.....	7
4.1.3. Influencias Teóricas en la Evolución del Concepto “Malestar Psicológico”.....	8
4.1.4. Manifestaciones Clínicas del Malestar Psicológico.....	10
4.1.5. Cuadro Clínico del Malestar Psicológico.....	12
4.1.6. Causas del Malestar Psicológico.....	21
4.1.7. Consecuencias del Malestar Psicológico.....	22
4.1.8. Evaluación y Diagnóstico.....	22

4.1.8.1. Instrumentos.....	22
4.1.9. Intervención Psicológica en Malestar Psicológico.....	23
4.1.9.1. Intervención Psicoeducativa sobre el Malestar Psicológico en Cuidadores de Personas con Dependencia.....	23
4.1.9.2. Intervención Cognitivo – Conductual.....	24
4.2. Capítulo II: Resiliencia.....	25
4.2.1. Definición.....	25
4.2.2. Historia del Término Resiliencia.....	25
4.2.3. Características de Resiliencia.....	26
4.2.4. Principales Factores de Resiliencia.....	27
4.2.5. Elementos de Construcción de Resiliencia.....	28
4.2.6. Desarrollo de Resiliencia.....	29
4.2.7. Habilidades de una Persona Resiliente.....	30
4.2.8. Evaluación y Diagnóstico.....	31
4.2.8.1. Instrumentos.....	31
4.2.9. Intervención Psicológica en Resiliencia.....	31
4.2.9.1. Espacios de Respiro.....	31
4.2.9.2. Técnicas para Fortalecer la Resiliencia.....	32
4.3. Capítulo III: Cuidador Primario de Personas con Discapacidad.....	33
4.3.1. Definición de Cuidador Primario.....	34
4.3.2. Tipos de Cuidador Primario.....	34
4.3.3. Sintomatología y Consecuencias del Cuidador Primario.....	35
4.3.4. Perfil del Cuidador Primario.....	36
4.3.5. Pautas de Autocuidado para el Cuidador Primario.....	36
4.3.6. Autocompasión en el Cuidador Primario.....	37
4.3.7. Intervención Psicológica para el Cuidador Primario.....	38
4.3.7.1. Programa de Ayuda a Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad.....	38
4.3.8. Definición de Discapacidad.....	38
4.3.9. Modelos de Discapacidad.....	39
4.3.10. Tipos de Discapacidad.....	40
4.3.11. Grados de Discapacidad.....	42

5. Metodología	44
5.1. Enfoque y Diseño de Investigación.....	44
5.1.1. Tipos de Investigación.....	44
5.2. Área de Estudio.....	44
5.2.1. Población.....	45
5.2.1.1. Muestra.....	45
5.2.1.1.1. Criterios de Inclusión.....	48
5.2.1.1.2. Criterios de Exclusión.....	48
5.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	48
5.3.1. Cuestionarios.....	48
5.3.2. Instrumentos Psicológicos.....	49
5.3.2.1. Inventario de Síntomas SCL-90-R.....	49
5.3.2.2. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.....	50
5.4. Consideraciones Éticas.....	51
5.5. Procedimiento por Objetivos.....	51
6. Resultados.....	54
6.1. Malestar Psicológico en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad.....	54
6.2. Niveles de Resiliencia en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad.....	55
6.3. Relación entre Malestar Psicológico y Resiliencia en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad.....	55
6.4. Diseño de un Plan de Prevención Psicológico en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad.....	57
7. Discusión.....	76
8. Conclusiones.....	79
9. Recomendaciones.....	81
10. Bibliografía.....	82
11. Anexos.....	89

Índice de Tablas

Tabla 1 Distribución de los Cuidadores Primarios por Género.....	46
Tabla 2 Distribución de los Cuidadores Primarios por Edad.....	46
Tabla 3 Distribución de los Cuidadores Primarios por Estado Civil.....	46
Tabla 4 Distribución de los Cuidadores Primarios por Nivel Socioeconómico.....	47
Tabla 5 Tipo de Discapacidad de la Persona al Cuidado.....	47
Tabla 6 Número de Horas que Dedicar al Cuidado de la Persona con Discapacidad.....	47
Tabla 7 Malestar Psicológico en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad	54
Tabla 8 Malestar Psicológico: Dimensiones Sintomáticas en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad.....	54
Tabla 9 Niveles de Resiliencia en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad.....	55
Tabla 10 Tabla Cruzada: Malestar Psicológico y Nivel de Resiliencia.....	55
Tabla 11 Prueba de Normalidad	56
Tabla 12 Relación entre Malestar Psicológico y Nivel de Resiliencia.....	56

Índice de Cuadros

Cuadro 1 Descripción de Actividades del Plan de Prevención Psicológico.....	61
--	----

Índice de Anexos

Anexo 1. Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto de Investigación.....	89
Anexo 2. Asignación de Directora del Trabajo de Titulación.....	90
Anexo 3. Autorización Aprobada para realizar la Investigación en la Unidad Educativa Especializada “Ciudad de Loja N°2”.....	91
Anexo 4. Autorización Aprobada para realizar la Investigación en el Centro Diurno de Atención Integral para Personas con Discapacidad.....	92
Anexo 5. Certificación del Abstrac.....	93
Anexo 6. Consentimiento Informado.....	94
Anexo 7. Ficha Sociodemográfica.....	95
Anexo 8. Inventario de Síntomas SCL-90-R.....	96
Anexo 9. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.....	99
Anexo 10. FODA Personal.....	100
Anexo 11. Lectura Reflexiva.....	101
Anexo 12. Ejercicio de Solución de Problemas.....	102
Anexo 13. Práctica de Autocompasión “Uso de Gestos”	104
Anexo 14. Encuesta de Satisfacción del Plan de Prevención Psicológico.....	105
Anexo 15. Matriz de Datos en Excel.....	106
Anexo 16. Tablas complementarias.....	107

1. Título

Malestar Psicológico y Resiliencia en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad de la Ciudad de Loja, Periodo Abril - Agosto 2022.

2. Resumen

El malestar psicológico no se encuentra catalogado como un ente psicopatológico, sin embargo, este puede desencadenarse por las manifestaciones subjetivas, reacciones o cambios repentinos en la cotidianidad de los cuidadores primarios, los mismos que se encuentran en la antesala de presentar afección en su bienestar físico y psicológico. Por ello, se incorpora la importancia de estudiar la resiliencia en la vida diaria de aquellas personas que muestran manifestaciones clínicas frente a un acontecimiento problemático, con el propósito de evitar el afrontamiento inadecuado ante las adversidades del cuidado de una persona con discapacidad. El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre malestar psicológico y resiliencia en cuidadores primarios de personas con discapacidad de la ciudad de Loja. Para la ejecución del mismo se empleó un diseño no experimental de tipo correlacional, exploratoria y descriptiva; así como también tuvo un enfoque cuantitativo de corte transversal y de campo en el que participaron 73 cuidadores quienes fueron evaluados mediante la aplicación del Inventario de Síntomas SCL-90-R y la Escala de resiliencia de Wagnild y Young. En cuanto a los resultados obtenidos se evidencia que en mayor porcentaje los cuidadores no presentaron malestar psicológico, sin embargo, existen bajos niveles de resiliencia puesto que se resalta una correlación positiva baja de 0,235 entre las variables; además, basándose en aquellos resultados se diseñó un plan de prevención psicológico dirigido a cuidadores primarios con el fin de reducir el riesgo de malestar psicológico y fortalecer el nivel de resiliencia. Como conclusión esta investigación demostró que, a pesar de no existir riesgo de malestar psicológico, es importante cuidar la salud mental de los cuidadores primarios y fortalecer su resiliencia en el cuidado de una persona con discapacidad.

Palabras claves: Malestar Psicológico; Resiliencia; Cuidador Primario; Discapacidades; Síndrome del Cuidador.

2.1. Abstrac

Psychological distress is not classified as a psychopathological entity, however, it can be triggered by subjective manifestations, reactions or sudden changes in the daily life of primary caregivers, who are almost presenting affection in their physical and psychological well-being. Therefore, it is important to study resilience in the daily life of those who show clinical manifestations in the face of a problematic event, in order to avoid inadequate coping with the adversities of caring for a person with a disability. The objective of this investigation was to determine the relationship between psychological distress and resilience in primary caregivers of people with disabilities in Loja city. A non-experimental design of correlational, exploratory and descriptive type was used for the execution of the study, as well as a quantitative approach of cross-sectional and field study with the participation of 73 caregivers who were evaluated through the application of the Symptom Inventory SCL-90-R and the Wagnild and Young Resilience Scale. Regarding to the results obtained, it is evident that the caregivers didn't present psychological distress in a higher percentage, however, there are low levels of resilience since a low positive correlation of 0.235 between the variables is significant; also based on those results, a psychological prevention plan was designed for primary caregivers in order to reduce the risk of psychological distress and strengthen the level of resilience. In conclusion, this investigation showed that, despite to there is no risk of psychological distress, it is important to take care of the mental health of primary caregivers and to strengthen their resilience in the care of a person with disability.

Keywords: Psychological Distress; Resilience; Primary Caregiver; Disabilities; Caregiver Syndrome.

3. Introducción

En todo el mundo más de mil millones de personas sufren algún tipo de discapacidad, por ende, alrededor de 190 millones de personas con discapacidad necesitan servicios de apoyo para la realización de sus actividades diarias. Por lo tanto, con el creciente aumento de personas con discapacidad por causa del envejecimiento y enfermedades crónicas de la población mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021), se necesitarán cada vez más cuidadores primarios, es decir, un familiar o allegado que pueda satisfacer las necesidades físicas y emocionales del paciente.

Los cuidadores primarios son considerados un soporte fundamental en la vida de una persona con discapacidad, ya que, se encuentran a cargo de varias tareas tales como la medicación, higiene, nutrición y en general a mantener un buen estado de ánimo de la persona a su cuidado. Por ende, aquellos cuidadores se encuentran en la antesala de experimentar afectaciones como principalmente un malestar psicológico con sintomatología de somnolencia, dolores de cabeza, agotamiento mental y descuido de su propia imagen; e inclusive, se presentan consecuencias relacionadas con la pérdida de su independencia, abandono de sus aficiones y paralización de sus proyectos, las mismas que están relacionadas con las percepciones negativas y el esfuerzo que realiza el cuidador (Garzón et al., 2016).

El malestar psicológico en un cuidador primario es una respuesta a ciertos síntomas clínicos y no patológicos, los cuales, están arraigados en la personalidad y requieren de una atención psicológica específica como parte del desarrollo de un plan de tratamiento o de prevención (Espíndola et al., 2006). Por otro lado, una forma de afrontar el malestar psicológico es convertirse en una persona resiliente frente al cuidado de una persona con discapacidad, así que, se utiliza los recursos para adaptarse positivamente a situaciones negativas, en donde se convierten las situaciones desfavorables en eventos positivos, previamente potenciando sus fortalezas (Caro y Rodríguez, 2018).

A nivel nacional en Ecuador, se revela que aproximadamente más de 500.000 personas se dedican a cuidar personas con discapacidad, es decir, entre ellos están los cuidadores formales e informales, asimismo, se acompañan de un limitado presupuesto destinado a recursos de apoyo, déficit de profesionales y limitaciones en las redes de apoyo, los mismos que dificultan el adecuado desempeño en el cuidado de una persona con discapacidad (Carrión, 2012 como se citó en Vaca, 2019). Por ende, en Ecuador los estudios revelaron que los cuidadores primarios de personas con algún tipo de discapacidad, es específico con el Trastorno

del Espectro Autista (TEA) tenían niveles más altos de patrones sintomáticos en comparación a los cuidadores de personas sin TEA, percibiendo su salud mental más desfavorable que cuidadores de personas con desarrollo “normal” (Caguama, 2017).

Cabe mencionar que, el malestar psicológico se puede presentar en cuidadores y no solamente en la persona con discapacidad, de este modo, evaluar la sintomatología física y psicológica de un cuidador nos direccionará a aumentar su nivel de resiliencia ante cambios repentinos y así evitar a largo plazo dificultades en su ámbito personal, familiar y social. Por ello, la importancia de tomar en cuenta la labor que realiza un cuidador, ya que tiende a ser invisible para la sociedad y por ende minimizan el desgaste físico y emocional que puede acarrear aquel cuidador.

Dicho aquello, la investigación beneficia directamente a los cuidadores primarios de personas con discapacidad e indirectamente a sus familias, ya que, permite reconocer algunos de los síntomas que pueden estar indicando agotamiento físico y mental, por lo cual, identificada la sintomatología se ha implementado estrategias y técnicas psicológicas que faciliten el bienestar durante el tiempo de cuidado de una persona con discapacidad, y, junto con ello, se pretende alcanzar que los cuidadores puedan recurrir a profesionales para una mejor salud mental.

Por otro lado, se resalta ciertas limitaciones de la presente investigación, en donde debido al tiempo establecido no se tomaron en cuenta a los cuidadores primarios de personas dependientes y a los cuidadores de personas con discapacidad que no asisten a instituciones, por tanto, la población fue menor en comparación a la literatura expuesta. Es por ello que, estos factores pueden ser considerados para futuras investigaciones.

Para dar respuesta a los objetivos planteados se aplicó dos instrumentos, los mismos que permitieron evaluar el malestar psicológico a partir de la aplicación del Inventario de Síntomas SCL-90-R, así como también identificar el nivel de resiliencia mediante la aplicación de la Escala de resiliencia de Wagnild y Young. Además, se diseñó un plan de prevención psicológico en base a las necesidades de la población de cuidadores primarios, el mismo que permitirá evitar el riesgo de malestar psicológico y fortalecer su resiliencia.

La metodología utilizada en la investigación fue principalmente de tipo correlacional, asimismo, de diseño no experimental con un enfoque cuantitativo, de corte transversal y de campo, en la cual, se realizó la recolección de datos en un determinado y único tiempo en el

espacio donde se encuentra la población de estudio. La población estuvo conformada por 110 cuidadores primarios de personas con discapacidad que asisten a dos instituciones de la ciudad de Loja, para la recolección de información se utilizó tanto reactivos psicológicos como una ficha sociodemográfica.

La presente investigación adquirió una estructuración en base a un marco teórico a través de 3 capítulos que recogen información científica. El primer capítulo denominado malestar psicológico aborda su definición, propiedades, influencias teóricas, manifestaciones clínicas, cuadro clínico, causas y consecuencias, evaluación-diagnóstico e intervención psicológica. El segundo capítulo nombrado resiliencia plantea su definición, historia, principales factores, elementos de construcción, desarrollo, habilidades de una persona resiliente, evaluación-diagnóstico e intervención psicológica. El tercer capítulo se centra en la población de la investigación, es decir, integra al cuidador primario de personas con discapacidad en el cual recopila su definición, tipos, sintomatología, consecuencias, perfil, pautas de autocuidado, autocompasión del cuidador primario e intervención psicológica; de igual manera, este capítulo se concentra en la revisión bibliográfica de definición, modelos, tipos y grados de discapacidad.

Finalmente, se plantea la pregunta de investigación ¿Cuál es la relación entre malestar psicológico y nivel de resiliencia en cuidadores primarios de personas con discapacidad? con el fin de resolverla en base a los resultados obtenidos y la revisión bibliográfica; por lo tanto, se dará respuesta al objetivo principal de correlación entre las variables antes mencionadas.

4. Marco Teórico

4.1. Capítulo I: Malestar Psicológico

4.1.1. Definición

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV la mayoría de estas reacciones se consideran en el grupo de los "trastornos de adaptación", lo que significa que las pruebas de detección deberían funcionar solo como una herramienta de detección y no convertirse fácilmente en un diagnóstico, es decir, estos síntomas no necesariamente se consideran entidades psicopatológicas. Por tanto, es necesario desarrollar nuevos conceptos y estrategias de tratamiento que nos permitan centrarnos únicamente en esta población sin psicopatologizar tales manifestaciones, utilizando criterios diagnósticos relacionados con los trastornos mentales para manifestaciones de respuestas saludables. Por otro lado, no se debe subestimar la importancia, ni pasar por alto estas reacciones secundarias porque no cumplen los criterios de trastornos mentales, ya que, aquellas requieren atención profesional. Por ello, nos referimos a este tipo de cambios como "malestar psicológico", que se puede definir como un estado reactivo que se ajusta a los criterios propios del marco de la salud mental (Espíndola et al., 2006).

Por lo tanto, malestar psicológico se entiende como aquella sintomatología asociada a diversas psicopatologías, de modo que, este malestar no se encuentra en ninguna categoría ya que no cumple con los criterios establecidos. Así mismo, estas manifestaciones se derivan de la subjetividad y desenvolvimiento de la persona frente a las adversidades que se presentan en la vida diaria, lo cual, al tener malestar psicológico va a interferir en el ámbito personal, familiar y social del individuo.

4.1.2. Propiedades del malestar psicológico

La construcción psicológica del malestar psicológico engloba a sus propiedades etiológicas, fenomenológicas y psicodinámicas. Por lo cual, los autores mencionan a continuación sus principales propiedades tales como alteración emocional, evento egodistónico, reactividad y simbólico (Espíndola et al., 2006).

Alteración Emocional. Se caracteriza por la tonalidad emocional de la persona, en donde, el malestar psicológico se manifiesta hacia el estado de ánimo depresivo o manía. De este modo, puede ser confundido por cualquier trastorno del estado ánimo en cuanto a su dinámica, etiología, pronóstico y evolución; así como también dirigirse en una línea afectiva

similar al embotamiento. Por tanto, se asemeja a trastornos como depresión y ansiedad, en el caso de la depresión se manifiestan síntomas como irritabilidad, llanto, poco interés y alteración de sueño; y la ansiedad se relaciona con miedo, agitación, opresión en el pecho, pérdida de control, inquietud, irritabilidad y desesperanza.

Cabe recalcar que, el malestar psicológico no es considerada una patología sino un estado emocional previo, en el que, los datos clínicos se presentan en base a la adaptación y no solamente en los síntomas clínicos.

Evento Egodistónico. Este tipo de evento ocurre ya que los pacientes manifiestan sentirse dispuestos a cambiar los patrones de adaptación y reactividad producto de la detección de sus estresores, es decir, el deseo de reestablecer su estado emocional y funcional de su diario vivir. Por lo tanto, el malestar percibido por la persona es un fenómeno irritante previamente derivado de un bajo estado de ánimo, comportamiento emocional, percepción y pensamientos, los mismos que le afectan en los diferentes ámbitos de desarrollo.

Reactividad. Se considera un fenómeno reactivo, en donde, el principal objetivo son los factores estresantes antes que el malestar psicológico ya que se centra netamente en el paciente junto a su fortaleza psíquica, historia de la enfermedad, rasgos simbólicos, personalidad y autointegración. Así mismo, aquellos estresores direccionan a la persona a conflictos en la parte simbólica, conductual, emocional y representativa, mismos conflictos que ayudan al individuo a su adaptación de su entorno y necesidades de su interior; por otra parte, es importante mencionar que los factores estresantes son identificados inicialmente por el paciente y posterior entrevistados por el profesional, situación que permite que ocurra el proceso de reactividad antes del malestar.

Simbólico. En los eventos estresantes de la persona se encuentra un desajuste entre las representaciones y los símbolos que componen el mundo interior y sus efectos conscientes, es decir, la presencia de eventos inesperados de gran impacto implica una reestructuración de identidad, introspección y expresión. Por ello, se incorporó un acto simbólico destinado a reducir la carga emocional que genera incertidumbre y dolor, entonces desde el momento del proceso un evento puede denominarse experiencia y no necesariamente requiere que la persona olvide.

4.1.3. Influencias Teóricas en la Evolución del Concepto “Malestar Psicológico”

La construcción psicológica del malestar psicológico funciona no sólo como una prueba, sino que forma parte del proceso de desarrollo clínico y teórico que está influenciado por numerosas propuestas psicológicas que se describen a continuación (Espíndola et al., 2006).

Inhibición Síntoma y Angustia, Freud Sigmund 1923-1926. Freud Sigmund establece una distinción entre el anclaje simbólico del síntoma y la reactividad de los avances inhibitorios. Por tanto, en 1923 el yo se manifiesta en tres modalidades alternativas en relación a la angustia, la primera alternativa hace énfasis que el ataque de angustia se desarrolla plenamente y el yo se retira, asimismo, la segunda alternativa sostiene que el yo hace frente a una conrainvestidura en la cual se produce la formación del síntoma y finalmente, la tercera alternativa menciona que el yo recurre a acciones de defensa equivalente a una ligazón psíquica de lo reprimido, hechos conceptualizados hasta el año 1926 (Watermann y Mozzi, 2006).

Teoría General de las Neurosis en Psicoanálisis en el Siglo XIX-XX. Esta teoría propone la existencia de cambios en las alteraciones de la persona, previamente que son producto de la estructura interna o del conflicto externo constituyendo el surgimiento de sintomatología clínica caracterizada por angustia y su estrecha relación con el desarrollo psicosexual de la persona (Espíndola et al., 2006).

Teoría del Carácter en Psicoanálisis en el Siglo XX. La teoría del carácter en el psicoanálisis crea una estructura relativamente estable que permite la distribución de fuerzas internas y externas para adaptarse y protegerse contra el entorno y las realidades internas (Espíndola et al., 2006).

Teoría del autor Páez Darío en 1986. Los problemas de salud mental, en específico el malestar psicológico puede llegar a manifestarse a través de diversa sintomatología, tales como la presencia de niveles de estrés percibido, la baja moral, el comportamiento impulsivo y el desasosiego. Por lo cual, el nivel de salud mental de una población se puede deducir de una vertiente positiva, en este caso, las necesidades de salud o bienestar de la población, se van a deducir de la cantidad de sujetos que sufren, de alguna forma malestar psicológico (Páez, 1986).

Teoría del autor Goldberg Daniel en 1972. Aquella teoría se centra en pacientes que están siendo atendidos médicamente, es decir, están siendo tratados por medicamentos, por esa razón, se empieza a preparar y elaborar el Cuestionario General de Salud que permitirá evaluar

la salud en general y determinar enfermedades mentales leves de los individuos (Goldberg, 1972 como se citó en Espíndola et al., 2006).

En Psiquiatría en cuanto a los Trastornos Adaptativos en 1996. De acuerdo, a la propuesta diagnóstica para las clasificaciones de enfermedades estructurales en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV que se caracterizan por etiologías reactivas, evolucionan rápidamente como resultado de conflictos específicos con la realidad, lo cual, se manifiesta en forma de depresión, ansiedad o ambas. Aunque son similares en sus causas de malestar psicológico, difieren en términos de "trastorno", mientras que el "malestar psicológico" se ha sugerido como una etapa de ajuste más que psicopatología (Espíndola et al., 2006).

En cambio, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V el malestar psicológico sigue sin ser clasificado en las categorías, ya que, no cumple con los criterios establecidos. De modo que, el malestar es considerado como una alteración acompañada por sintomatología de diversos trastornos.

Teoría de Morales-Carmona cols en 2005. Esta teoría detalla que el malestar psicológico se relaciona con los cambios a nivel emocional mismos que estarían relacionados con situaciones que no pueden catalogarse como sintomático (Espíndola et al., 2006).

Cabe recalcar, que el malestar psicológico es un término totalmente nuevo, el cual, ha sido estudiado por algunos autores y centrado en ciertas teorías, obteniendo como resultado conceptualizaciones muy positivas en el ámbito de la salud mental, sin embargo, estas investigaciones son un avance para continuar ampliando la visión de investigar e incrementar información netamente científica.

4.1.4. Manifestaciones Clínicas del Malestar Psicológico

Las manifestaciones clínicas son la sintomatología que aparece en la persona de forma repentina sin persistir, además no son considerada una psicopatología. Por ende, los profesionales de salud son los encargados de analizar la etiología, curso y plan de tratamiento de los síntomas presentes, de esta forma se evitará diagnosticar trastornos mentales; ya que en la actualidad se confunden demasiados términos como, por ejemplo: depresión con tristeza o ansiedad con un trastorno, entre otros. De esta manera, es esencial conocer los síntomas que podrían presentarse dentro del malestar psicológico frente a alguna situación problemática o al cuidado de otra persona (Espíndola et al., 2006).

De este modo, el malestar psicológico se encuentra asociado a diferentes patrones de síntomas presentes en los individuos, lo cual, aquellos síntomas se clasifican en dimensiones en base a criterios clínicos, racionales y empíricos, siendo categorías tales como somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicotismo y hostilidad, las mismas que se describen a continuación (Casullo y Pérez, 2008).

Somatizaciones. Es la presencia de malestar que la persona percibe en cuanto a las diversas disfunciones corporales como los respiratorios, en donde, el cuerpo es incapaz de obtener el oxígeno necesario y otras afecciones relacionadas con las vías respiratorias; asimismo, las disfunciones cardiovasculares relacionadas con el corazón y los vasos sanguíneos; y gastrointestinales asociadas con problemas en el estómago y los intestinos.

Obsesiones y compulsiones. Incluye síntomas como pensamientos recurrentes, acciones o impulsos vivenciados por la persona en una situación problemática o en su diario vivir, la misma sintomatología que es imposible de evitar que suceda o definitivamente es no deseada.

Sensibilidad interpersonal. Es la aparición de síntomas tales como sentimientos de inconformidad o inferioridad ante otras personas de su alrededor, asimismo, el paciente realiza comparaciones (de varios aspectos de su vida) con sus allegados.

Depresión. Hace referencia a la sintomatología clínica de una psicopatología principalmente de un trastorno depresivo. Sin embargo, aquellos síntomas no son crónicos para la persona, por lo tanto, son los sentimientos de desesperanza, pesimismo, baja energía, irritabilidad, falta de motivación e ideación suicida.

Ansiedad. Se asocia con los signos y síntomas tales como sensación de pánico, miedo, nerviosismo, tensión y dificultad para respirar frente a algún acontecimiento vital estresante.

Ansiedad fóbica. Es el miedo persistente a acontecimientos, lugares, objetos, situaciones o personas específicas debido a alguna problemática del paciente. Cabe recalcar que, la respuesta de miedo es desmedido, exagerado y fuera de la realidad en cuanto a la situación establecida.

Ideación paranoide. Referente a los comportamientos paranoides del paciente, es decir, se presenta sintomatología relacionada con los pensamientos proyectivos, desórdenes del pensamiento, miedo a la pérdida de autonomía y falta de confianza.

Psicotismo. Incorpora síntomas que representan la experiencia humana, los cuales son alucinaciones, pensamiento controlado, soledad y afectividad embotada.

Hostilidad. Está conformada por los sentimientos, cogniciones y acciones de la existencia de afectos negativos. Otros autores resaltan que estas son duraderas y estables con predominio de creencias como el cinismo, por lo cual, suelen considerar a las demás personas como una amenaza con malas intenciones, asimismo, piensan que son egoístas, inmorales, deshonestas o mezquinas (Iacovella y Troglia, 2003).

4.1.5. Cuadro Clínico del Malestar Psicológico

El malestar psicológico se relaciona con la aparición de algunos de los trastornos de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V, de modo que, se hace alusión de los más relevantes (American Psychiatric Association, 2014).

Trastorno de Síntomas Somáticos 300.82 (F45.1).

Los criterios diagnósticos y especificaciones se describen textualmente a continuación (APA, 2014, p. 311).

- A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
- B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
 - 1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
 - 2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
 - 3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.
- C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

Especificar si: Con predominio de dolor.

Especificar si: Persistente: curso persistente se caracteriza por presencia de síntomas intensos, alteración importante, mayor a 6 meses.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo 300.3 (F42).

Cuyos criterios diagnósticos y especificaciones se describen textualmente a continuación (APA, 2014, p. 237).

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos. **Nota:** Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.
- D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo); rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación (rascarse la piel); estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si: El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.

Trastorno de la Personalidad Evitativa 301.82 (F60.6).

Previamente los criterios diagnósticos y especificaciones se describen textualmente a continuación (APA, 2014, p. 672).

A. Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado.
3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

Trastorno de Depresión Mayor.

Los criterios diagnósticos y especificaciones se describen textualmente a continuación (APA, 2014, p. 160).

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A– C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión

requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. **Nota:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Trastorno de Ansiedad Generalizada 300.02 (F41.1).

De acuerdo a los criterios diagnósticos y especificaciones se describen textualmente enseguida (APA, 2014, p. 222).

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): **Nota:** En los niños, solamente se requiere un ítem.
 - 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - 2. Fácilmente fatigado.
 - 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 - 4. Irritabilidad.
 - 5. Tensión muscular.
 - 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Trastorno de Ansiedad Social (fobia social) 300.23 (F40.10)

Los criterios diagnósticos y especificaciones se describen textualmente a continuación (APA, 2014, p. 202).

- A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla). Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.
- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. **Nota:** En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si: solo actuación, si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Trastorno de la Personalidad Esquizotípica 301.22 (F21).

Cuyos criterios diagnósticos y especificaciones se describen textualmente a continuación (APA, 2014, p. 655).

- A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:
 - 1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
 - 2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
 - 3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
 - 4. Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado).
 - 5. Susplicia o ideas paranoides.
 - 6. Afecto inapropiado o limitado.
 - 7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
 - 8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.

9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.
10. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo. **Nota:** Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo,” p. ej., “trastorno de la personalidad esquizotípico (previo)”.

Trastorno Psicótico Breve 298.8 (F23).

Los criterios diagnósticos y especificaciones se describen textualmente a continuación (APA, 2014, p. 94).

- A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes. Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
 1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

Nota: No incluir un síntoma si es una respuesta aprobada culturalmente.

- B. La duración de un episodio del trastorno es al menos de un día, pero menos de un mes, con retorno final total al grado de funcionamiento previo a la enfermedad.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas u otro trastorno psicótico como esquizofrenia o catatonía, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con factor(es) de estrés notable(s) (psicosis reactiva breve). Si los síntomas se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.

Sin factor(es) de estrés notable(s): si los síntomas no se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.

Con inicio posparto: si comienza durante el embarazo o en las primeras 4 semanas después del parto.

Especificar si: Con catatonía.

Especificar la gravedad actual: la gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: delirios, alucinaciones discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave).

4.1.6. Causas del Malestar Psicológico

Las razones que condicionan el malestar psicológico se pueden presentar por diversos factores, entre ellos algunos estudios demuestran que existe una mayor ocurrencia de sucesos vitales estresantes vinculados a la salud mental tales como la falta de apoyo psicosocial y el abuso de sustancias como en particular beber en exceso en alguna época de la vida, usar drogas en exceso en alguna época, haber estado ingresado en un hospital psiquiátrico, padecer algún problema de salud mental grave y haber intentado suicidarse conlleva un mayor malestar psicológico. Dicha relación también se da en los sucesos vinculados a la vida en la calle como sufrir amenazas de muerte, agresiones o palizas, haber sido víctima de un asalto o robo y sufrir una agresión o insulto racista, así como en los denominados “crisis y experiencias cuestionadoras” como en casos de divorcio/ruptura de relación afectiva estable, padecer problemas graves relacionados con el empleo, estar en prisión y haber estado en algún centro de menores. También, para los hechos vinculados al país de origen y la migración como una catástrofe natural con pérdidas personales importantes, haber sufrido situaciones de amenaza para su integridad en el país de origen y durante el viaje migratorio, se da la paradoja de una destacada correlación entre su ocurrencia y el malestar psicológico. Por otro lado, se puede ser propenso a padecer malestar psicológico debido a la carga de cuidados formales e informales de una persona con discapacidad o dependencia, debido a que un cuidador primario acarrea

con el cuidado físico, emocional y satisfacción de necesidades básicas de su familiar (Navarro, 2013).

Del mismo modo, en un estudio sobre la Escala de Malestar Psicológico de Kessler se denotó las influencias de distintas características sociodemográficas como el sexo y el nivel educativo que previamente son factores asociados al malestar psicológico, inclusive, este padecimiento es más frecuente en mujeres y personas con un grado de instrucción bajo (Brenlla y Aranguren, 2010).

4.1.7. Consecuencias del Malestar Psicológico

El malestar psicológico como constructo se relaciona con un importante valor diagnóstico que abarca una amplia gama de síntomas clínicos que ayudan a detectar y prevenir algunos de sus efectos a corto y largo plazo en humanos, síntomas como el agotamiento emocional, la ira, el estrés, desesperación y somatizaciones, además, pueden presentarse principales trastornos mentales como depresión y ansiedad (Arias, Rivera y Ceballos, 2019).

Por otra parte, el malestar psicológico en varones se asocia con problemas familiares, económicos, psicológicos y de salud, previamente con principales síntomas tales como dolores musculares, insomnio, pesadillas y cambios en la conducta (Bolaños, 2014). Así como también, las mujeres tienen mayor riesgo de padecer malestar psicológico, ya que, suelen estar en la antesala de cuadros psicopatológicos más graves y en tener problemas con diversas presiones sociales y familiares (Abarca et al., 2017).

4.1.8. Evaluación y Diagnóstico

4.1.8.1. Instrumentos. El instrumento más aplicado en la persona para evaluar y diagnosticar el malestar psicológico es el siguiente:

El Inventario de Síntomas SCL-90-R. Ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos entre 0 a 4. Se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias tales como somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo; además, tres índices globales de malestar psicológico como el índice global de severidad, el total de síntomas positivos e índice de malestar sintomático Positivo (Casullo y Pérez, 2008).

4.1.9. Intervención Psicológica en Malestar Psicológico

De acuerdo al malestar psicológico en cuidadores primarios existen diversas intervenciones psicológicas para aquella sintomatología que se pueda presentar en el cuidado de un paciente que sufra alguna deficiencia o algún tipo de discapacidad.

4.1.9.1. Intervención Psicoeducativa sobre el Malestar Psicológico en Cuidadores de Personas con Dependencia.

La intervención psicoeducativa con el cuidador informal, que muchas de las veces es un familiar, en donde, el principal propósito es psicoeducar sobre la enfermedad y sus consecuencias proporcionando información sobre fuentes específicas e implementando herramientas y formación en habilidades de afrontamiento, es decir, mejorar el autocuidado y para así cuidar mejor al paciente. Con el objetivo de reducir el nivel de malestar como la carga del cuidador, depresión, estrés, entre otras, de los cuidadores a través de la enseñanza de habilidades y estrategias para cuidarse a sí mismos y a su familiar. Por ende, aquella intervención tiene su estructura y componentes-estrategias (Losada et al., 2006).

Estructura. Las intervenciones psicoeducativas están dirigidas por uno o varios profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros o médicos, en general puede ser multidisciplinario, asimismo, se llevan a cabo en grupos pequeños con previa obtención de información de experiencias de intervenciones individuales o, aunque estas intervenciones pueden complementarse con sesiones o asesoramiento individual, los cuales, estos grupos deben incluir preferentemente un número reducido de cuidadores, se recomiendan de 4 a 8 cuidadores. Además, tienen un tiempo limitado y están cerradas a otros participantes una vez que hayan comenzado, estas intervenciones suelen ser relativamente cortas, normalmente de 6 a 10 sesiones, y suelen durar unas 2 horas. Para lo cual, recalcan la importancia de mantener un descanso entre sesiones (generalmente semanalmente) es esencial porque tomarse el tiempo para practicar las estrategias discutidas durante las sesiones es una forma clave de corregir y perfeccionar estas estrategias.

Componentes y Estrategias. Enseñar a los cuidadores primarios la relación entre malestar, dependencia y conducta del paciente. De este modo, se aborda contenidos sobre los problemas de comportamiento, memoria y habilidades de comunicación que afectan la relación familiar; asimismo, se resalta acerca de la enfermedad del paciente en desarrollar ciertos problemas y la disminución de recursos cognitivos que afecta al paciente en su conducta.

Psicoeducar a los cuidadores primarios sobre aquellos aspectos, permitirá comprender situaciones difíciles y ciertos comportamientos del paciente debido a la enfermedad o deficiencia, además, ayudará a eliminar creencias falsas acerca de los factores personales del paciente como, por ejemplo “no le da la gana”, “no obedece”, o “se enfada rápido”.

4.1.9.2. Intervención Cognitivo - Conductual

Se dispone de un amplio repertorio de herramientas y técnicas con las cuales se puede trabajar en el malestar psicológico, en una gran cantidad de trastornos y su sintomatología.

De acuerdo con Rodríguez y Gil (2022) se considera que dentro de la terapia cognitivo-conductual (TCC) se incluyen técnicas como:

El control de Estímulos. Aquella técnica trabaja en controlar los estímulos externos que distraen o alteran la conducta a modificar, previamente con el fin de disminuir el malestar en las condiciones problemáticas de la persona.

Técnica de Exposición. Se modifica el reaccionar de la persona ante situaciones que le genera malestar, de manera que le ayudara a aprender a manejar positivamente su ansiedad. Inclusive, está técnica es utilizada en casos donde la ansiedad se relaciona con conductas obsesivas.

Solución de Problemas. Se refiere que la persona aprenda a solucionar problemas de forma positiva, es decir, aquello involucra un proceso de fases para su resolución.

Técnicas de Relajación. El individuo podrá disminuir la sintomatología ansiosa derivada del malestar.

Entrenamiento de Habilidades Sociales. Consiste en desarrollar una serie de destrezas al momento de relacionarse con otros individuos.

La Reestructuración Cognitiva. Es la manera que se utiliza para que el sujeto aprenda y desarrolle habilidades para reemplazar esos pensamientos distorsionados que le generan malestar psicológico.

Modelo ABC de Albert Ellis. El modelo es una técnica útil para identificar las creencias conscientes e inconscientes de un individuo, es decir, las creencias subyacentes del mismo. Además, es una estrategia efectiva para la modificación y análisis de las creencias irracionales

o disfuncionales que llevan a una persona a desarrollar y conservar trastornos o en general un malestar (García, 2009).

Role-Playing. Es una técnica que consiste en dramatizar a través del dialogo y la interpretación, lo cual puede ser algunas veces improvisada. Se trata de proponer una situación que presente un conflicto con alcance moral, es decir, la situación o problema que se plantee debe ser abierto para dar lugar a posibles soluciones e interpretaciones en cuanto a la dramatización (Xus, 1992).

4.2. Capítulo II: Resiliencia

4.2.1. Definición

Resiliencia como palabra tiene origen en el idioma latín previamente del término “resilio” que puede traducirse como rebotar hacia atrás o un volver atrás, de este modo, se define desde el ámbito de la psicología para aquellos individuos que están tratando de recuperarse satisfactoriamente de situaciones de alto riesgo y desarrollar una vida saludable previamente en el medio familiar, social y cultural en el que se expresan los mecanismos de defensa en el desarrollo de la resistencia (Saavedra et al., 2018).

Por ello, se entiende que la resiliencia es la manera de adaptarse positivamente frente a acontecimientos vitales estresantes o cambios repentinos en la vida de la persona, es decir, este individuo se enfrentará a las adversidades para posterior volver a su estado natural de una forma distinta con el fin de prosperar y superar las dificultades que se le presenten.

4.2.2. Historia del Término Resiliencia

Se ha evidenciado que el término resiliencia ha sido estudiado por diferentes autores y descrito de diferentes maneras, recalando la importancia que todas las investigaciones se guían por la misma línea, por ello, el autor Fraga (2015) resume la historia del término resiliencia a continuación.

El término resiliencia ha sido destinado a ser utilizado en áreas como la educación y la salud mental, asimismo, se ha convertido paulatinamente en un constructo que representa una forma de adaptación positiva ante la adversidad. Entonces, desde los años 90, no existe una disciplina en particular responsable del estudio de la resiliencia, sino que es objeto de investigación a través de muchas disciplinas, incorporando varios aspectos relacionados en sus teorías. Además, la epidemiología hace una contribución importante al estudio de la resiliencia

ya que puede determinar qué factores interfieren en situaciones vulnerables y qué factores pueden o posibilitan una adaptación positiva. Existe un número creciente de investigaciones sobre la resiliencia que brindan diferentes criterios y análisis de diferentes procesos, lo cual, los últimos estudios incluyen la edad, el género, el entorno y estudia los contextos emocionales, sociales y culturales.

Mediante avanzan las investigaciones se involucra el psicoanálisis, el que ha tomado de las teorías planteadas de la resiliencia ciertos aspectos y los ha desarrollado; como en el caso de la teoría del apego, constitución del yo, mecanismos de defensa, trauma, entre otras teorías, a modo de entenderla desde las concepciones planteadas por Freud de aparato psíquico, y realizando a partir de ello aportes sumamente interesantes. Por tanto, los psicoanalistas mencionan que la resiliencia se define como el contexto de dominio de las estructuras sociales y políticas, puesto que, las personas resilientes están preparadas para afrontar los traumas, conflictos, desastres y violencia ya que gestionan una mejor adaptación con técnicas de aprendizaje y prácticas correctivas de comportamiento, sin tomar en cuenta los procesos mentales y sociales que bloquean las potencialidades.

Finalmente, se muestra que existe varias posturas de estudio del término resiliencia, en donde se encuentra cuestionamientos y críticas sobre los aportes que guían esta herramienta; cabe recalcar que, dentro de lo psicoterapéutico se ha proporcionado un gran trabajo en cuanto a su significado y sus derivaciones. Por otra parte, es considerado un fenómeno complejo en el proceso multidimensional.

4.2.3. Características de Resiliencia

Inicialmente el autor sugirió 26 características de resiliencia, sin embargo, las redujo a seis atributos físicos, atributos psicosociales, características de solución de problemas, creencias filosóficas, roles y relaciones. Si bien es cierto, los atributos psicosociales y físicos, así como los roles y relaciones fueron combinados, para formar una clasificación de cuatro patrones tales como el patrón relacional, patrón filosófico, patrón situacional y patrón disposicional, que cuando se combinan tienen la estructura total de la capacidad de resiliencia, que definiremos a continuación (Polk 1997, como se citó en Becoña, 2006).

Patrón Relacional. Integra características internas y externas como las relaciones de confianza, roles y redes sociales que afecten la resiliencia. Por ello, en la parte intrínseca existe la capacidad de conocer y obtener modelos de comportamiento positivo; asimismo, la

disposición en la búsqueda de personas de profunda confianza en el desarrollo de la intimidad personal y las relaciones íntimas.

Patrón Filosófico. Se centra en las creencias personales como el autoconocimiento, reflexión sobre sí mismo, acontecimientos sucedidos, significado positivo de experiencia, valor de las contribuciones individuales, significado de la vida y creencia sobre los buenos momentos tarde o temprano. Dicho aquello, este patrón manifiesta que la vida tiene un objetivo con su propio camino y una visión equilibrada de la persona.

Patrón Situacional. Estos patrones se encuentran en la creatividad, curiosidad, exploración; e incluye formas de enfrentar un acontecimiento o estresor de su cotidianidad manifestando como actuar frente a la problemática (habilidades de resolución de conflictos, evaluación cognitiva y atributos). Por lo tanto, se crean los modelos situacionales en donde optan por expresar juicios realistas acerca de la capacidad de actuación, expectativas de la conducta, conciencia de lo logrado, definición de propósitos limitados, observar cambios en la vida, poseer respuestas positivas y pensar en nuevas situaciones en eventos problemáticos de la persona. De esta manera, se recalca la importancia de tomar en cuenta los desencadenantes de aquel aspecto de resiliencia, siendo la persistencia, flexibilidad y disponibilidad de recursos.

Patrón Disposicional. Se encuentran patrones de atributos psicosociales o mentales relacionados con uno mismo, en el cual incluyen habilidades individuales y autopercepción; por otro lado, en los patrones de atributos físicos y genéticos asociados con sí mismo permiten el desarrollo de la resiliencia, incorporando la inteligencia, carácter y salud.

4.2.4. Principales Factores de Resiliencia

Se indica la existencia de factores principales en relación con los individuos, los mismos que se mencionan a continuación (Wagnild y Young, 1993).

Factor I Competencia Personal. Hace referencia a la autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.

Factor II Aceptación de uno Mismo y de la Vida. Aquel factor refleja la flexibilidad, adaptabilidad, balance y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

Presentado estos factores se representan las siguientes características específicas de resiliencia, las mismas que están relacionadas con los niveles de resiliencia de una persona (bajo, medio bajo, medio, medio alto y alto) (Wagnild y Young, 1993).

Ecuanimidad. Se presenta una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, además de tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.

Perseverancia. Poseer un fuerte deseo del logro y autodisciplina, siendo persistente ante el desaliento o adversidad.

Confianza en sí Mismo. Presentan habilidades para creer en sus capacidades.

Satisfacción Personal. Comprender como contribuir a la vida y cuál es su significado.

Sentirse Bien Sólo. Hace referencia al significado de libertad y sentirse único e importante.

4.2.5. Elementos de Construcción de Resiliencia

Existen aspectos que representan la parte integral tanto a nivel de su estructura y funcionamiento en los cuales se complementan con los factores de riesgo, factores protectores, competencia, vulnerabilidad, dificultades para afrontar, inteligencia emocional, locus de control y bienestar subjetivo (García et al., 2016).

Factores de Riesgo y de Protección. Para que aparezca la resiliencia deben estar presentes tanto un factor de riesgo como un factor de protección para ayudar a lograr un resultado positivo o reducir los efectos negativos, por tanto, se considera que no existe equivalencia entre los factores de protección y la resiliencia. Uno de los argumentos esgrimidos es que no es necesario la resiliencia en superar la adversidad para vivir en un entorno protegido (Becoña, 2006).

Competencia. La competencia está estrechamente relacionada con la resiliencia, y, de esta manera, es otra de las variables que configuran su construcción; entonces desde la perspectiva de la resiliencia se pretende promover la competencia de las personas ante situaciones adversas (Becoña, 2006). Además, según otro autor la resiliencia se ha utilizado tradicionalmente en tres tipos de fenómenos, primero en la buena ejecución en situaciones de alto riesgo, por consiguiente, en la competencia bajo amenaza y por último en la recuperación

de un trauma. Dicho aquello, podemos considerar que la resiliencia es un concepto que necesita de la competencia para su configuración final (García et al., 2016).

Vulnerabilidad. Desde este punto de vista, la diferencia clave es que la vulnerabilidad tiende a incrementar las consecuencias negativas, mientras que la resiliencia apunta a mitigar esas consecuencias. Las personas vulnerables tienen niveles de resiliencia más bajos y viceversa, por esta razón, la invulnerabilidad puede integrarse con factores necesarios para aumentar los niveles de resistencia (García et al., 2016).

Adversidad. En este concepto al momento de determinar la resiliencia se recomienda establecer la naturaleza del riesgo previamente si es subjetiva y objetiva, incluyendo la relación que existe entre la adversidad y la adaptación positiva (Infante, 2008).

Inteligencia Emocional. La inteligencia emocional en relación a la relevancia en la proporción de la resiliencia, en la cual, se ha llegado a afirmar que las emociones positivas se concierne significativamente con estrategias de regulación de acontecimientos estresantes, recursos para afrontar el riesgo y la adversidad, y la capacidad de resiliencia (Limonero et al., 2012).

Bienestar Subjetivo. El resultado del bienestar subjetivo es significativo sobre el nivel de resiliencia ya que está presente en muchos estudios empíricos, además, se encuentran otras relaciones entre la resiliencia y las emociones positivas, junto con el apoyo social (Omar, 2008).

Locus de Control. El locus de control interno actúa como un factor de protección dentro del proceso de superar la adversidad y es una variable fundamental en la construcción y en la mejora del nivel de resiliencia de los individuos (García et al., 2016).

Afrontamiento. En este contexto, el afrontamiento puede entenderse como el resultado positivo de un nivel alto de resiliencia que opta una persona frente a situaciones o acontecimientos vitales estresantes (Becoña, 2006).

4.2.6. Desarrollo de Resiliencia

En lugar de preguntarse por las causas físicas o psíquicas de los desastres que padecen las personas, es mejor investigar las condiciones de esta minoría, el por qué y el cómo escapar de los llamados "grupos de riesgo". De esta manera, una persona resiliente sobresale en una variedad de áreas como en las emociones, la alta autoestima, la esperanza, la inteligencia, la

autoestima, la independencia, la motivación de logro autosugerida y los buenos estilos de afrontamiento. Por tanto, para esclarecer el fenómeno de la resiliencia, los científicos apuntaron a las características ambientales del desarrollo de los sujetos resilientes, es decir, cuando ocurren ciertos eventos traumáticos a corta de edad y logran afrontarlo con éxito, significa que provienen de familias dirigidas por padres autoritarios e integradas en redes sociales de apoyo para garantizar una relación cálida. En cuanto a las funciones psicológicas que protegen a las personas resilientes frente al estrés, prestaremos atención al mayor coeficiente intelectual y mejores habilidades de resolución de problemas; mejores estilos de afrontamiento; empatía, conocimiento y manejo adecuado de las relaciones interpersonales; y sentido del humor positivo (Trujillo, 2012).

4.2.7. Habilidades de una Persona Resiliente

Las personas resilientes desarrollan habilidades para mejorar y optimizar sus recursos en mantenerse saludables. Algunas de estas habilidades se adaptan al comportamiento del ámbito de la salud que son la rápida respuesta ante el riesgo, madurez precoz, búsqueda de información, relaciones interpersonales positivas, optimismo y asunción de responsabilidad, las mismas que se describen a continuación (Palomar y Gómez, 2010).

Rápida Respuesta ante el Riesgo. Aquello hace referencia al actuar con rapidez ante los riesgos de salud, lo que implica un mayor nivel de protección de sí mismo.

Madurez Precoz. Para el mantenimiento de la salud se considera un elemento importante la situación de contar con la capacidad de autogestión de sí mismo lo antes posible.

Búsqueda de Información. La información y su búsqueda es una variable imprescindible para manejar adecuadamente los riesgos de salud.

Relaciones Interpersonales Positivas. Es importante contar con una red de relaciones interpersonales que puedan prestar ayuda en una situación de riesgo de salud, de manera que se afronte de forma positiva.

Optimismo. Capacidad de pensar en positivo ante situaciones de riesgo principalmente de la salud y de otros contextos.

Asunción de Responsabilidad. Se refiere a la capacidad de asumir la responsabilidad ante situaciones de riesgo de la salud de sí mismo.

4.2.8. Evaluación y Diagnóstico

4.2.8.1. Instrumentos. El instrumento más utilizado para evaluar y diagnosticar la resiliencia de la persona es el siguiente:

La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER). Se administra de forma individual o grupal y se encuentra formada por 25 ítems en escala tipo Likert que va de 1 a 7, compuesta por dos dimensiones: competencia personal y de aceptación de sí mismo y de su vida, previamente evalúa el nivel de resiliencia (Wagnild y Young, 1993).

4.2.9. Intervención Psicológica en Resiliencia

A más de los programas psicoeducativos que son un perfecto complemento para otros programas tales como los grupos de autoayuda que regularmente no están dirigidos por un profesional y dirigidos a que los cuidadores compartan experiencias o sentimientos y también, los Servicios de Respiro (Losada et al., 2006). Por ello, para aumentar el nivel de resiliencia en cuidadores primarios de personas con discapacidad se opta por los espacios de respiro y otras técnicas.

4.2.9.1. Espacios de Respiro.

Los espacios de respiro son considerados como el respiro familiar, el cual, está destinado a cuidadores que se encuentra a cargo de un paciente que asume el gran número de cuidados y tareas que necesita, este cuidador asume una gran carga física y psicológica que puede afectar a su salud integral, además del riesgo de aislamiento social por falta de tiempo y desánimo. Asimismo, se presenta la definición, objetivo y tipos de programas de respiro familiar, los cuales, se describen a continuación (Cuidopía, 2021).

El espacio de respiro se define como el momento en que un tercero puede proporcionar a los cuidadores familiares actividades personales, laborales, sociales y recreativas continuas, al mismo tiempo que proporciona a los dependientes el cuidado profesional, además, esta ruptura familiar mejora el bienestar de los cuidadores familiares ya que proporciona alivio, apoyo físico y emocional, y, preocupación continuada al miembro dependiente. Por ello, se considera esencial la implantación de programas de respiro familiar, debido a que, beneficia al cuidador evitando el “síndrome del cuidador quemado”, beneficia también a la persona dependiente o que padezca alguna discapacidad al recibir por parte del cuidador una mejora en la calidad de la atención.

Objetivo. El cuidador familiar recibe un apoyo que le ayude a disponer de un tiempo de respiro, de ocio o para realizar otras tareas que no sean las de cuidar, es decir, se trata de evitar que el cuidador familiar realice tareas de cuidado las 24 horas de los 365 días del año.

Tipos de Programas de Respiro Familiar. Los programas de respiro familiar ya establecidos en las ayudas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), siendo la asistencia temporal residencial que facilita al cuidador poder descargarse en ciertos momentos de realizar tareas, o los ingresos en residencias de las personas dependientes en periodos vacacionales, llamadas estancias temporales de régimen residencial.

Otros Servicios. Son los Centros de Día, donde las familias pueden estar alejadas de sus seres queridos durante unas horas para asegurarse de que reciben los cuidados que necesitan y la ayuda de un cuidador profesional para realizar sus actividades que no pueden realizar por sí solos, además, estos Centros de Día son centros diurnos de atención especializada para personas mayores o dependientes, que mantienen o mejoran el funcionamiento de los usuarios y dan apoyo a las familias.

4.2.9.2. Técnicas para Fortalecer la Resiliencia

De acuerdo a la revisión bibliográfica, se concluye que las principales técnicas psicológicas para aumentar o fortalecer el nivel de resiliencia son las siguientes:

Psicoeducación. Hace referencia a una aproximación terapéutica, en la cual se brinda a los familiares o cuidadores del paciente información específica sobre la enfermedad o acontecimiento, siendo un proceso donde el profesional del área de la salud resume y explica la información científica actual e importante para responder interrogantes sobre el origen, evolución y abordaje desde su entorno y rol, inclusive, esta situación implica el entrenamiento en estrategias o técnicas para afrontar la problemática (Cuevas y Moreno, 2017).

FODA Personal. Es una técnica que consiste en la construcción de una matriz mediante la identificación de factores internos siendo las fortalezas y debilidades; por otro lado, los factores externos como oportunidades y amenazas las cuales influyen en el desempeño de una persona u organización (Nikulin y Becker, 2015).

Mindfulness. Es la práctica de mantener un estado de completa atención frente a lo que se desencadena en el momento presente, tanto de la experiencia interna como externa, y se acompaña por una actitud no enjuiciadora de dicha experiencia. Además, es la capacidad de

estar completamente presente, consciente de su estado, de lo que está sucediendo y acompañada de una baja predisposición a la reactividad emocional. Inclusive, alude a aceptar y abrirse a todas las dimensiones de la experiencia, sean neutras o desagradables - experimentadas como agradables (Krogh, et al., 2019).

El Escaneo Corporal o “Body Scan”. Basado en *mindfulness*, por lo cual consiste en la capacidad de la persona en escanear el cuerpo humano sintiendo las diferentes sensaciones físicas durante un procedimiento de instrucciones por parte del terapeuta (Argotty, 2016).

La Respiración Diafragmática. Técnica que es muy útil en la práctica psicológica, en donde, se enseña a respirar con la parte baja de la caja torácica o diafragma, además se la utiliza como un instrumento para mejorar síntomas de distintos trastornos o malestar en general (Cabrera, Pérez, Busoch, y Gómez, 2018, cómo se citó en Tabango, 2021).

Práctica de Autocompasión “Uso de gestos”. Práctica en la cual se realiza una serie de gestos, y la persona siempre se mantiene abierta a la experiencia que surja a partir de las instrucciones dadas por el terapeuta. Así mismo, la persona atiende a su cuerpo previamente notando sus sensaciones corporales, cabe recalcar que esta práctica se acompaña de las respiraciones profundas para reconocer su mente, cuerpo, emociones y experiencia interna (Brito, 2016).

Técnica de Habla Amorosa. Es una práctica de meditación, en donde, se expresa los pensamientos y sentimientos, incluyendo dificultades y padecimientos, cabe recalcar que no se emplea palabras de culpa, amargura, juicio o irritación, sino que se utiliza el discurso del amor. Así como también, se habla solamente de sus propias dificultades y sufrimiento para que el otro pueda comprender y ayudar; inclusive, se reconoce la posibilidad de albergar algunas percepciones erróneas, previamente solicitando al otro que les proporcione esa información más exacta de la que carecen (Nhat, 2012).

Técnica de Escucha Profunda y Compasiva. Es una práctica de meditación, en la cual se utiliza la atención plena para recordar que, cuando se ofrece a alguien nuestra práctica de escucha profunda se lo hace con el único propósito de ayudar a esa persona a vaciar su corazón y liberarse del dolor o malestar. Por tanto, si se puede centrar en ese fin se podrá seguir escuchando con profundidad aun cuando el discurso de la otra persona tenga percepciones erróneas, acusación sarcasmo, amargura y juicio (Nhat, 2012).

4.3. Capítulo III: Cuidador Primario de Personas con Discapacidad

Un cuidador primario surge por diversas razones, entre ellas una de las más comunes es tener una persona con discapacidad dentro del círculo familiar, por lo cual, se necesitará de una persona que cumpla con la función del cuidador directo, el mismo que deberá acarrearse con el cuidado necesario como tener mayores atenciones y satisfacer las necesidades básicas de este individuo dependiente, así como también deberá adaptarse a una nueva situación.

4.3.1. Definición de Cuidador Primario

Se define al cuidador primario, en el cual

Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un pariente cercano o alguien que le es significativo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. (Astudillo, et al., 2008, p. 249)

Por tanto, se entiende que el cuidador primario es quien juega un papel primordial en la vida de la persona con algún tipo de discapacidad, deficiencia o limitación, ya que, este cuidador proporciona la atención necesaria en cuidar y en cumplir con la satisfacción de necesidades físicas y emocionales de quien ha perdido con la autonomía en su vida diaria.

4.3.2. Tipos de Cuidador Primario

Los cuidadores primarios de una persona con algún tipo de discapacidad u otras deficiencias se dividen en dos tipos, tales como el cuidador informal y formal (Rogerio, 2009).

Cuidador Informal. Este tipo de cuidador es un individuo de la red social o familiar de la persona necesitada de cuidados, así como también, otros agentes de atención que ayuda de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, asimismo, aquellos cuidadores brindan la atención correspondiente en las actividades de ayuda, en las que no existe entidad intermediaria o un contrato laboral, es decir, no existe la propuesta de un contrato verbal o de otro tipo. Por otra parte, tampoco se considera condición indispensable en la que no exista remuneración, ya que, existe la posibilidad de ser remunerado o compensado de manera ocasional por la labor del cuidado. Cabe recalcar, que el cuidado no es informal cuando la contraprestación monetaria es permanente y fruto de una relación laboral previamente acordada.

Cuidador Formal. El cuidado formal se contrapone al cuidado informal, el cual, puede ser llevado a cabo por profesionales a través de una relación contractual por una organización como una empresa, institución pública u organización no lucrativa y previamente financiado totalmente (derecho universal) o parcialmente (copago) por fondos públicos, además, con el propósito de asistir a personas con algún tipo de discapacidad o personas mayores que necesitan ayuda en las actividades diarias.

De la misma manera, del cuidado formal se deriva el “cuidado formal privado en el hogar”, el cual, se caracteriza por la transnacionalización de la mano de obra y por sus deficientes condiciones de trabajo.

4.3.3. *Sintomatología y Consecuencias del Cuidador Primario*

Un cuidador primario que presente malestar psicológico o algún otro tipo de malestar puede ser propenso a padecer consecuencias en su vida diaria tanto en su ámbito personal, familiar y social, recalcando que puede estar acompañado de la presencia de sintomatología clínica.

Complicaciones Físicas. Un cuidador primario puede presentar somatizaciones tales como la cefalea tensional, dolor crónico, fatiga crónica, trastornos gastrointestinales, pérdida o aumento de peso, gripe, úlceras gastrointestinales, quejas somáticas, dolor crónico en el sistema musculoesquelético, astenia, alteraciones del sueño-vigilia, deterioro de la función inmunológica, aumento de la susceptibilidad a la enfermedad de úlcera péptica, circuito de enfermedades del corazón, entre otras (Hernández, 2006).

Complicaciones Mentales o Emocionales. El cuidador primario es propenso a padecer complicaciones mentales como presentar sintomatología depresiva siendo el problema más frecuente en la población, así como también se manifiesta ansiedad o estrés en un 50% de los casos, también, se denota el insomnio, la falta de energía, los sentimientos de pérdida de control, sentimientos de culpa, aparición de excesivo uso del sarcasmo, sobreinvolucración con el paciente y una alta tasa de automedicación como la utilización de psicofármacos y analgésicos (Molina, Iañez e Iañez, 2005).

Conflictos Sociofamiliares. Los conflictos sociofamiliares que presenta un cuidador primario son los problemas familiares, conflictos laborales, colectivos, altercados con sus mismos compañeros o con externos, aislamiento social, disminución de las actividades de ocio y recreación y dificultades económicas debidas a los bajos salarios (Hernández, 2006).

Síndrome del Cuidador. El síndrome del cuidador es el estado emocional, modificación de la percepción de malestar, peligro de desbordar, agotamiento de recursos, repercusión en la salud física y dolor del paciente a su cuidado, por tanto, aquella sintomatología o consecuencias suceden debido a un acontecimiento vital estresante en la vida de la persona cuidadora. Por tanto, para disminuir o evitar aquel síndrome es indispensable el adecuado manejo de esta entidad, como por ejemplo tener una buena relación entre la unidad médica y la familia, y, psicoeducar a los cuidadores en componentes dinámicos, flexibles y saludables que proporcionan un mejor cuidado y relación entre paciente-cuidador-familia (Dueñas et al., 2006).

4.3.4. Perfil del Cuidador Primario

El autor Rogero (2009) describe los resultados de sus investigaciones realizadas acerca del perfil de un cuidador primario, los mismos, que concuerdan con el perfil reflejado en anteriores investigaciones, resultados tales como:

- Un cuidador primario se caracteriza por ser mujer de 55 a 60 años de edad y no estar ocupada. Sin embargo, en el caso de cuidar a mujeres existe la probabilidad que acarreen con el cuidado los esposos de 40 y 64 años de edad y que no tengan ocupación.
- Personas que no son cuidadores y que conviven en un hogar cuidador son denominados “exentos”, es decir, el perfil de los exentos predomina en dos de cada tres hombres de 35 a 45 años edad y su relación de parentesco con la persona dependiente es lejana.
- Las mujeres cónyuges tienen más probabilidad de cuidar que los varones y también cuando las mujeres requieren cuidado son las hijas quienes toman el papel, incluso aunque el marido conviva en el mismo hogar. Por último, existe la probabilidad que las hijas cuiden más que sus hermanos.

Cabe destacar que el autor menciona que el estado de salud de la persona y el grado de discapacidad no aparecen como variables significativas para que el cuidador informal reciba apoyos formales. Por tanto, advierte que la ayuda necesitada para el cuidador no depende tanto de las características sociodemográficas del cuidador como el sexo del cuidador y sus ingresos. (Rogero, 2009).

4.3.5. Pautas de Autocuidado para el Cuidador Primario

Cuidarse muestra la posibilidad de cuidar mejor de su familiar, por tanto, las personas que cuidan de un familiar enfermo o con algún tipo de discapacidad también deben cuidar de

sí mismos, ya que así evitarán enfermar y convertirse en paciente, ya sea por dificultades de una enfermedad preexistente o por el desarrollo de un malestar como resultado de un escaso autocuidado (Rangel, 2014).

Rangel (2014) hace alusión a algunas pautas para el autocuidado en el cuidador primario de una persona con discapacidad o un familiar enfermo:

- Utilizar de 15 a 20 minutos de descanso, aquello contribuirá al estado de salud física y mental.
- Realizar actividades placenteras como leer, caminar, tejer o ver televisión.
- Cuidar de su alimentación, previamente ingiriendo alimentos sanos.
- Incorporar a su rutina el ejercicio, ya sea solo o en familia para cuidar su salud.
- Participar en actividades (jugar, conversar, ver películas) en tiempos libres con los integrantes de su familia, fortaleciendo su relación.
- Poseer un ciclo de sueño saludable, incluso, se recomienda aprovechar el tiempo para dormir en donde el paciente esta dormida o acompañado por algún familiar.
- Practicar técnicas de relajación (respiración), previamente en un espacio cómodo y tranquilo.
- Efectuar actividades que fortalezcan su autoimagen (un nuevo peinado, maquillarse, uso de ropa agradable) con el fin de disminuir el impacto negativo sobre la autoestima.
- En caso de tomar medicamentos, incluirlos en su rutina diaria o en la rutina de medicación del paciente (tomar a la misma hora la medicación, para así evitar olvidar su medicamento).
- Participar en grupos de apoyo o talleres para cuidadores primarios.

4.3.6. Autocompasión en el Cuidador Primario

La autocompasión en el cuidador primario hace referencia a las prácticas de meditación formal, de manera que se cultivan las actitudes con instrucciones como forma de interiorización y de cambio de actitud hacia la propia experiencia. En general, de la práctica continuada de *mindfulness* surge de forma natural la compasión y autocompasión, sin embargo, durante las prácticas de meditación se añade ciertas guías y prácticas con ejercicios más explícitos (Burgos, 2018).

El propósito es que surja de forma natural este proceso para regular emociones y alcanzar un mayor bienestar total, lo que a su vez influye en aquello que nos rodea de forma

positiva. Inclusive, se incorpora algunos ejercicios informales y breves como forma de generalizar las habilidades a nuestra vida cotidiana, siguiendo la línea respecto de lo practicado (Burgos, 2018).

4.3.7. Intervención Psicológica para el Cuidador Primario

4.3.7.1. Programa de Ayuda a Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad

Aquellos programas de ayuda están dirigidos a cuidadores de personas con discapacidad en sus distintas manifestaciones como la discapacidad física, psíquica y sensorial, además a continuación se presentará su objetivo, servicios y conclusiones del programa (Martínez et al., 2001).

Objetivo. Apoyar y aliviar la carga de los cuidadores, al manejo de la sintomatología, nuevos estilos de afrontamiento, aprendizaje de nuevas estrategias, entre otras.

Servicios. Combinados a una serie de servicios los cuales son mejorar los conocimientos y práctica de los cuidados específicos que proporcionan a su familiar con discapacidad; mejorar las relaciones familiares; recibir apoyo emocional sobre todo de familiares en similar circunstancia a través de grupos de autoayuda; recibir apoyo informativo y estratégico sobre la utilización de los recursos disponibles en la comunidad; disponer de cuidadores sustitutos y temporales en el hogar que le proporcionen tiempo libre para realizar actividades sociales que de otra forma no sería posible; controlar las tensiones físicas y emocionales; y evitar la institucionalización, antes de incorporarse al programa de respiro.

La evaluación fue positiva para el bienestar de la familia incluyéndose a sí mismo, asimismo, se denota que las familias demandan servicios de apoyo proactivos y preventivos, también que las familias necesitan más información sobre los recursos y programas disponibles, los recursos formales deben estar suficientemente extendidos, existir una adecuada coordinación administrativa entre los distintos sistemas de servicios y por último tener mayor acceso de seguro público para asegurar la continuidad de los cuidados.

4.3.8. Definición de Discapacidad

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como:

Un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción

entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social). (Informe mundial sobre la Salud, 2011, p.7)

Se entiende por discapacidad a la condición de la persona, lo cual, limita o imposibilita desarrollar varias actividades del ámbito personal, familiar y social, asimismo, está discapacidad puede presentarse de acuerdo a sus diferentes tipos tales como física, psicológica, intelectual y sensorial, las cuales, afectarán a la persona en la plena participación dentro de una sociedad.

4.3.9. Modelos de Discapacidad

Las personas con discapacidad y sus familias han identificado como factores determinantes las barreras sociales porque impiden que las personas accedan a la comunicación, la información y los medios físicos de este grupo de atención prioritaria, por ello, la categoría de discapacidad es compleja, dinámica y multidimensional, por lo que se encuentra en constante construcción y debate. De este modo, el paso de una perspectiva individual y médica a una perspectiva estructural y social ha sido descrito como una transición de un “modelo médico” a un “modelo social”, en el que, las personas con deficiencias orgánicas son consideradas personas con discapacidad por la sociedad más que por sus limitaciones funcionales. El desarrollo de modelos que abordan el ámbito de la discapacidad es diverso e incluye el modelo tradicional, el modelo médico y rehabilitación, y el modelo de derechos humanos e inclusión social, los cuales, se detallaran a continuación (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades y Ministerio de Salud Pública, CONADIS, 2021).

Modelo Tradicional. Este modelo se presentó desde la antigüedad hasta el siglo XIX, en el cual, asocia la discapacidad con manifestaciones de lo divino y manifestaciones del mal, asimismo, conservaba la actitud mantenida de manera ancestral por la sociedad en el que trataban a las personas con discapacidad como "anormales" previamente provocando desvalorización, rechazo y compasión. Entonces tratan a las personas con discapacidad como "sujeto de asistencia, sujetos de seguridad, caridad o instalaciones de caridad".

Modelo Médico o Paradigma de Rehabilitación. Se manifestó aproximadamente en la década de 1940 – 1990, este modelo médico es el predominante en nuestro país, aunque coexiste con las actitudes identificadas en el modelo tradicional. Cabe mencionar, que el

modelo médico o paradigma de rehabilitación se centra en el “problema” de la persona en cuanto a sus deficiencias y dificultades, por tanto, se trata de incluir la rehabilitación (física, mental o sensorial) a través de la intervención profesional de diversas especializaciones para mantener el proceso bajo control en la recuperación. Inclusive, en la actualidad este modelo sigue en la predicción de una serie de problemas relacionados con la gran influencia de los profesionales que controlan todo el proceso de rehabilitación, relegando a la persona con discapacidad y su familia a un rol del cliente.

Modelo de Derechos Humanos e Inclusión Social. Desde la década de 1990 hasta la actualidad, el modelo se centra en garantizar la accesibilidad para todas las personas con discapacidad intelectual, física, psicológica o sensorial, de manera que, tengan el derecho a una vida “normal” como las personas sin discapacidad, así como también a tener acceso a los mismos servicios, ya sea en las áreas de educación, empleo, salud u otras áreas. El modelo consiste en la autodeterminación de las personas para decidir su propio acceso de recuperación y priorizar la eliminación de las barreras actitudinales, sociales, físicas, urbanísticas, arquitectónicas, comunicación e información, es decir, según este modelo, el "problema de la discapacidad" no radica a todos, sino que enfatiza la necesidad de crear un ambiente y hacer que los servicios sociales sean accesibles para todos previamente incluidas las personas con discapacidad, siendo una responsabilidad compartida para todos los actores de la población.

De acuerdo a este modelo de derechos humanos e inclusión social, el Estado garantiza el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad e incide en la promoción del reconocimiento de la discapacidad como parte de la diversidad humana y como una circunstancia de vida que implica la responsabilidad de la sociedad en general.

4.3.10. Tipos de Discapacidad

Según el Artículo 6 de la Ley Orgánica de Discapacidades en nuestro país se distinguen cuatro tipos de discapacidad tales como la discapacidad física, discapacidad mental y psicológica, discapacidad intelectual y discapacidad sensorial, las mismas que se describen a continuación (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades y Ministerio de Salud Pública, CONADIS, 2021).

Discapacidad Física. La discapacidad física se refiere a personas que presentan deficiencias físicas o viscerales, las cuales, pueden ser evidentes en casos de amputaciones, hemiparesia, paraplejia, entre otras, y previamente al ocasionar daños o limitaciones en la

función de los órganos internos pueden ocasionar imposibilidad de realizar ciertas actividades como caminar, correr, manipular objetos con las manos, trepar y bajar escaleras, pararse, sentarse, equilibrarse y control de esfínteres. Además, las deficiencias que originan cualquier discapacidad física pueden ser genéticas, congénitas y adquiridas.

Genéticas. Son heredadas de padres a hijos.

Congénitas. Son aquellas con las que nace un individuo y que no dependen de factores hereditarios, sino que se presentan por alteraciones durante la gestación.

Adquiridas. Son las ocasionadas por enfermedades producidas después del nacimiento, o por accidentes de tipo doméstico, de tránsito, violencia, laborales, entre otras.

Discapacidad Mental o Psicológica. Se refiere a las personas con deficiencias o trastornos de la conciencia, del comportamiento, del razonamiento, de los estados de ánimo, afectividad, la comprensión de la realidad como irritabilidad, depresión e inestabilidad emocional crónica; generalmente debido a enfermedades mentales como la esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis y otros, lo cual, estas afecciones interfieren en el afrontamiento de demandas ordinarias de la vida de la persona en el ámbito familiar, social y laboral.

Para realizar valoraciones de la discapacidad mental o psicológica se basa en los criterios establecidos en los grupos de Trastornos mentales y del comportamiento incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM V), propiamente siendo manuales que están incluidos en los sistemas de clasificación universalmente aceptados.

Discapacidad Intelectual. Se refiere a las personas que presentan deficiencias, en especial en la dificultad de comprensión de ideas complejas, resolución de problemas, la capacidad de razonar, en la toma de decisiones, previamente lo que repercute en sus procesos de socialización, relacionamiento interpersonal y desenvolvimiento en su diario vivir, siendo fácilmente influenciados por el entorno en el que se desarrolla el individuo. Además, cabe recalcar que la discapacidad intelectual se origina antes de los 18 años de edad.

La definición de discapacidad intelectual reemplaza la definición discriminatoria de “retraso mental”, enfatizando que para establecer las condiciones intelectuales se debe medir o definir el nivel de coeficiente intelectual (CI). Sin embargo, el impacto de estas limitaciones debe ser lo suficientemente amplio como para afectar al menos dos áreas de habilidades

adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas, lo cual limita en la comunicación, cuidado personal, vida familiar, habilidades sociales, uso de servicios sociales, autodirección, salud. y seguridad, tiempo libre y trabajo.

Inclusive, se incluye el Trastorno del Espectro Autista (TEA) dentro de la discapacidad intelectual debido a que causa problemas significativos en la socialización, comunicación y conducta, iniciando en la infancia temprana y dura a lo largo de la vida. Sin embargo, otros países lo categorizan en discapacidad psicológica.

Discapacidad Sensorial. La discapacidad sensorial hace referencia a la presencia de deficiencias en los sentidos de la vista, la audición y el lenguaje.

Discapacidad Visual. Se refiere a personas que presentan deficiencias visuales como la desfiguración ocular y el uso de una prótesis ocular, así como también la existencia de ceguera y baja visión, ya que, en ambas situaciones se habla de personas con un alto grado de pérdida de visión, es decir, personas que no ven absolutamente nada o aun con la mejor corrección posible como el uso de lentes. Por lo tanto, se presenta una grave dificultad para ver y su situación es estable sin posibilidad de mejoría mediante la intervención quirúrgica adecuada.

Discapacidad Auditiva. Hace referencia a las personas con sordera total o con sordera moderada y severa de ambos oídos, la cual dificulta la comunicación con su entorno. La discapacidad auditiva puede presentarse por causas genéticas, congénitas, infecciosas, ocupacionales, traumáticas, tóxicas, envejecimientos, entre otras.

Discapacidad del Lenguaje. Se denomina a las personas que presentan deficiencia para la expresión verbal, la cual dificulta la comunicación y la interrelación, en el cual, sus causas pueden ser vinculaciones con una sordera presente desde el nacimiento, secuelas neurológicas y lesiones en estructuras locales.

4.3.11. Grados de Discapacidad

La importancia en determinar el grado de discapacidad que presenta una persona con deficiencias, radica principalmente para establecer un proceso de rehabilitación integral de cada caso en específico, inclusive, para decretar los tipos de apoyo, la ayuda técnica y las medidas de acción afirmativa disponible. Es por ello, que se esclarece la calificación de discapacidades con el actual baremo que se centra en discapacidad leve, moderada, grave y

severa (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades y Ministerio de Salud Pública, CONADIS, 2021).

Discapacidad Leve. El porcentaje oscila entre 1 a 24 %.

Discapacidad Moderada. La discapacidad moderada se encuentra entre 25 a 49%.

Discapacidad Grave. El puntaje de discapacidad grave oscila entre 50 a 70 %.

Discapacidad muy Grave o Severa. El porcentaje está entre 75% o más puntos.

Por otro lado, aquellos grados de discapacidad servirán de guía para proporcionar los criterios de selección para diversos apoyos sociales.

5. Metodología

5.1. Enfoque y Diseño de Investigación

La presente investigación fue de diseño no experimental, en el cual ninguna variable se manipuló intencionalmente, es decir, las variables eventualmente ya ocurrieron en su contexto natural. Así mismo, el estudio tuvo un enfoque cuantitativo de corte transversal, en donde, se realizó la medición y recolección de datos mediante los reactivos psicológicos en un determinado tiempo. Inclusive, fue un estudio de campo debido a que su aplicación se desarrolló directamente en donde se encuentra la población de estudio, siendo este en la ciudad de Loja.

5.1.1. Tipos de Investigación

La investigación fue de tipo correlacional, en el cual, se midió el grado de asociación entre malestar psicológico y resiliencia en el cuidador primario de personas con discapacidad, y se estableció la relación estadística sin incluir otras variables externas para llegar a los resultados correspondientes. También, la investigación fue de tipo exploratoria, en donde, siendo una problemática claramente no definida se estudiaron las variables de forma científica y se identificaron los datos sociodemográficos tales como como sexo, edad, estado civil, instrucción, tiempo de ocupación, nivel socioeconómico, parentesco, horas de cuidado, delegación del cuidado y tipo de discapacidad de la persona a cuidado. De la misma manera, se utilizó la investigación de tipo descriptiva ya que se recolectaron datos con la aplicación de instrumentos psicológicos que permitieron especificar la prevalencia y porcentajes de la sintomatología del malestar psicológico y el nivel de resiliencia en cuidadores primarios.

5.2. Área de Estudio

La investigación se llevó a cabo en dos instituciones de la ciudad de Loja, una de ellas, fue en la Unidad Educativa Especializada “Ciudad de Loja N°2” ubicada en las calles Juan Ontaneda y Agustín Carrión Palacios. Su visión es ser un referente como Institución de Educación Especializada, con personal comprometido en la educación y en el desarrollo de valores, logrando estudiantes autónomos que les permita ser incluidos en lo educativo, laboral y social e interactuar en diferentes contextos y mejorar su calidad de vida. Además, su misión es ser una Unidad Fiscal Especializada que brinda servicios en Inicial II, Preparatoria, Educación General Básica y Bachillerato Técnico con perfil de salida en Servicios Hoteleros,

logrando la titulación, mejorando la autonomía de nuestros estudiantes articulando el currículo nacional con la perspectiva ecológica funcional (Peñarrieta, datos no publicados).

Por otro lado, también se desarrolló la investigación en el Centro Diurno de Atención Integral para personas con discapacidad (MIES) ubicado en las calles Lauro Guerrero y Venezuela, en el cual, atienden a personas con discapacidad de 18 a 64 años de edad. Además, el centro tiene como visión la satisfacción de los clientes que se atienden en el Centro anticipándonos a sus necesidades y sobrepasando sus expectativas, con la intervención directa de la comunidad y las familias. Así mismo, su misión es proporcionar a las personas con discapacidad las oportunidades y apoyos que posibiliten su ocupación significativa, promuevan su desarrollo personal y faciliten su autonomía y participación en la comunidad (Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2018).

Para el desarrollo de la presente investigación se consideraron a los cuidadores primarios de las personas con discapacidad que asisten a las instituciones antes mencionadas para ejecutar la fase investigativa.

5.2.1. Población

La población estuvo conformada por 110 usuarios en total distribuidos de la siguiente manera, 65 cuidadores primarios de los niños y adolescentes con discapacidad de la Unidad Educativa Especializada “Ciudad de Loja N° 2” y 45 cuidadores primarios de las personas con discapacidad del Centro Diurno de Atención Integral para personas con discapacidad del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).

5.2.1.1. Muestra

La muestra fue de tipo probabilístico, ya que, se utilizó el método aleatorio en el que toda la muestra tuvo la oportunidad de ser seleccionada mediante la administración de dos instrumentos al mismo tiempo (el “Inventario de Síntomas SCL-90-R” y la “Escala de resiliencia de Wagnild y Young”). De modo que, se obtuvo una muestra total de estudio de 73 cuidadores primarios, los mismos que se dividen en 36 cuidadores de la Unidad Educativa Especializada “Ciudad de Loja N°2” y 37 cuidadores del Centro Diurno de Atención Integral para personas con discapacidad (MIES), dicha población fue obtenida en base a los criterios de inclusión y exclusión.

Del mismo modo, se destaca las características sociodemográficas de los cuidadores primarios, es decir, su distribución en cuanto a género, edad, estado civil, nivel socioeconómico, tipo de discapacidad de la persona a su cuidado y número de horas dedicadas al cuidado, para ello se muestran las tablas 1, 2, 3, 4, 5 y 6 descritas a continuación.

Tabla 1

Distribución de los Cuidadores Primarios por Género

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	61	83,6%
Hombre	12	16,4%
Total	73	100,0%

En la tabla 1, se evidencia que el 83,6 % está representado por cuidadores mujeres y el 16,4 % restante corresponde a cuidadores hombres, por ende, prevalece el género femenino de la población total.

Tabla 2

Distribución de los Cuidadores Primarios por Edad

	Frecuencia	Porcentaje
Adultos jóvenes (18 a 30 años)	11	15,1%
Adultos (31 a 64 años)	57	78,1%
Adultos mayores (65 a más años)	5	6,8%
Total	73	100,0%

En la tabla 2, se distingue el rango de edad de los cuidadores primarios de personas con discapacidad, en lo cual, el 78,1 % corresponden a cuidadores adultos (31 a 64 años), el 15,1 % pertenece a cuidadores adultos jóvenes (18 a 30 años) y el 6,8 % concierne a adultos mayores (edades entre 65 a más años). Por tanto, en la población de cuidadores primarios predominan los adultos en cuidar a una persona con discapacidad.

Tabla 3

Distribución de los Cuidadores Primarios por Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje
Casado/a	29	39,7%
Soltero/a	28	38,4%
Unión libre	4	5,5%
Divorciado/a	11	15,1%
Viudo/a	1	1,4%
Total	73	100,0%

Se evidencia en la tabla 3 el estado civil de los cuidadores, siendo el 39,7% de cuidadores de estado civil casados, el 38,4% de cuidadores son solteros, el 15,1% de cuidadores están divorciados (as), el 5,5% de cuidadores se encuentran en unión libre y el 1,4% que significa que un cuidador es viudo(a).

Tabla 4

Distribución de los Cuidadores Primarios por Nivel Socioeconómico

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	33	45,2%
Medio	40	54,8%
Alto	0	0,00%
Total	73	100,0%

En la tabla 4 se muestra que, en cuanto al nivel socioeconómico el 54,8% tienen un nivel socioeconómico medio, mientras que, el 45,2% conservan un nivel socioeconómico bajo, y finalmente ningún cuidador presenta un nivel socioeconómico alto.

Tabla 5

Tipo de Discapacidad de la Persona al Cuidado

	Frecuencia	Porcentaje
Intelectual	61	83,6%
Mental	1	1,4%
Física	7	9,6%
Sensorial	4	5,5%
Total	73	100,0%

En la tabla 5 se evidencia el tipo de discapacidad de la persona al cuidado, en donde prevalece el 83,6% de personas con discapacidad intelectual, seguido del 9,6% con discapacidad física, el 5,5% correspondiente a 4 personas con discapacidad sensorial y el 1,4 referente a 1 persona con discapacidad mental que se encuentra al cuidado por un denominado cuidador primario.

Tabla 6

Número de Horas que Dedicar al Cuidado de la Persona con Discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje
Entre 3 y 5 horas	16	21,9%
Entre 5 y 10 horas	17	23,3%
Entre 10 y 15 horas	16	21,9%
Más de 15 horas	24	32,9%

Total	73	100,0%
--------------	----	--------

En la tabla 6 se muestra que, en el cuidado de una persona con discapacidad el 32,9% dedican más de 15 horas a su cuidado, el 23,3% cuidan entre 5 y 10 horas diarias y el 21,9% dedican entre 3 y 5 horas o 10 y 15 horas en el día.

5.2.1.1.1. Criterios de Inclusión.

En la investigación se incluyó primordialmente a:

- Cuidadores primarios de personas con discapacidad que acudan a la Unidad Educativa Especializada “Ciudad de Loja N° 2”.
- Cuidadores principales de usuarios con discapacidad que acuden al centro Diurno de Atención Integral para personas con discapacidad (MIES).
- Cuidadores principales que accedan a participar del trabajo investigación, es decir, los que firman el consentimiento informado.
- Cuidadores principales de cualquier género y con edad mayor a 18 años.

5.2.1.1.2. Criterios de Exclusión.

En el estudio investigativo se descartó a:

- Los cuidadores primarios que no hayan firmado el consentimiento informado y que no deseen participar de la investigación.
- Los cuidadores primarios que tengan preguntas sin contestar en los reactivos psicológicos.
- Cuidadores primarios que presenten discapacidad intelectual.

5.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de los cuestionarios y como instrumento se usó los reactivos psicológicos.

5.3.1. Cuestionarios

Consentimiento Informado. En el presente trabajo investigativo nos permitió obtener la autorización de participación voluntaria de los cuidadores primarios de personas con discapacidad, el mismo que constó con la firma del participante. Cabe recalcar que, se detalló la finalidad de la investigación y la confidencialidad de los datos recogidos. Aquel consentimiento informado se puede apreciar en el Anexo 6.

Ficha Sociodemográfica. Este cuestionario nos permitió obtener las características sociodemográficas del cuidador primario frente al cuidado de una persona con discapacidad. De modo que, se puede visualizar la plantilla de la ficha sociodemográfica en el Anexo 7.

5.3.2. Instrumentos Psicológicos

5.3.2.1. Inventario de Síntomas SCL-90-R.

El inventario de síntomas SCL-90-R se puede visualizar en la plantilla del Anexo 8, además, la ficha técnica se muestra textualmente a continuación (Casullo y Pérez, 2008).

Ficha Técnica.

Nombre. Inventario de Síntomas SCL-90-R.

Autor: L. R. Derogatis

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de Aplicación: 13 años en adelante.

Duración. Aproximadamente 15 minutos.

Ítems. 90

Material: Manual, ejemplar autocorregible, lápiz y borrador.

Evalúa. Apreciación de nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología tales como somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además, enmarca los tres índices globales de malestar siendo el índice de Severidad Global (IGS), síntomas positivos (TSP) e índice de malestar sintomático positivo (IMSP), los cuales, se detalla textualmente a continuación.

Baremación: Cada uno de los 90 ítems que lo integran responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Por lo cual, los puntajes totales normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fiabilidad. La fiabilidad de la escala resulta muy aceptable, con unos coeficientes de consistencia interna de las nueve dimensiones primarias y del GSI, que oscilan entre 0,69 y

0,97. De igual manera, en el manual original de la prueba se evaluaron estudios sobre su fiabilidad test-retest, obteniendo resultados positivos (Derogatis, 1994 como se citó en Casullo y Pérez, 2008).

Validez. En el Manual original de la prueba se consignan estudios sobre su Validez Estructural y Convergente, así como acerca de su consistencia interna (Derogatis, 1994 como se citó en Casullo y Pérez, 2008).

5.3.2.2. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

La escala de resiliencia se puede visualizar en la plantilla del Anexo 9, además, que su ficha técnica se muestra textualmente a continuación (Wagnild y Young, 1993).

Ficha Técnica.

Autor. Wagnild, G.M. y Young, H. M.

Año. 1993

Adaptación Peruana: Novella (2002)

Aplicación. Colectiva e individual previamente en autoinforme.

Duración. 25 a 30 minutos aproximadamente.

Ámbito de aplicación. Adolescentes y adultos.

Usos. educacional, clínico y en la investigación.

Materiales: Cuestionario que contiene los ítems y sus alternativas de respuesta. Además, la plantilla de calificación.

Evalúa. El nivel de resiliencia (alta, media alta, media, media baja y baja).

Significación. Ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia, y satisfacción. Asimismo, considera una Escala Total.

Factores. Factor I denominado “competencia personal” el cual, está integrado por 17 ítems y factor II denominado “aceptación de uno mismo y de la vida” que representa 8 ítems.

Baremos. Compuesta por 25 ítems de tipo cerrado contruidos según una escala de tipo Likert de siete alternativas cuya valoración está entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7

(totalmente de acuerdo) y son calificados positivamente, con una puntuación máxima posible de 175 y una mínima de 25.

Además, la interpretación de la adaptación de la escala está compuesta por los siguientes puntajes directos, tales como un nivel de resiliencia alta (puntuación 158 a 175), media alta (puntuación 151 a 157), media (puntuación 141 a 150), media baja (puntuación 128 a 140) y baja (puntuación 25 a 127) (Novella, 2002 como se citó en Castro, 2018).

Fiabilidad: La escala total presenta una elevada consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach ($\alpha = .906$). Además, se ha determinado el coeficiente de mitades de Spearman-Brown (longitudes desiguales) $r = .848$; lo que respalda la alta confiabilidad de la Escala, en suma, se afirma que la Escala de Resiliencia de 25 ítems presenta una alta confiabilidad, de acuerdo a los diversos procedimientos utilizados.

Validez: La viabilidad del empleo del análisis factorial para la determinación de la validez de constructo de la Escala de Resiliencia se emplearon las medidas de Kaiser-Meyer-Olkin (K-M-O) que obtiene una puntuación de 0.919 calificado como meritoria y el Test de Esfericidad de Barlett que presentan un valor de 3483,503 significativo ($p = 0.000$).

5.4. Consideraciones Éticas

La presente investigación se llevó a cabo de manera confidencial, de modo que, se resguardo la identidad de los cuidadores primarios de las personas con discapacidad. Así como también, la información brindada en los reactivos psicológicos tuvo una estricta privacidad, ya que los mismos fueron entregados a las instituciones como expediente para el archivo del departamento de psicología.

Por ello, en calidad de investigadora salvaguadé los derechos de cada integrante, es decir, éticamente me regí en los artículos de la Constitución del Ecuador y al reglamento de Régimen Académico por los que se rige la prestigiosa Universidad Nacional de Loja.

5.5. Procedimiento por Objetivos

El presente trabajo de investigación se desarrolló en diferentes fases:

Primera Fase

Antes de la elección del tema, se realizó una revisión bibliográfica sobre los estudios realizados previamente por otros investigadores tomando en cuenta sus resultados, para lo cual,

se elaboró el anteproyecto para llevar a cabo la presente investigación. Posterior a ello, se coordinó con las instituciones locales que ofrecen servicios en atención a personas con discapacidad, y se estableció contacto directo con la persona encargada del lugar y se entabló un diálogo sobre el desarrollo del trabajo de investigación. Posteriormente, con la aprobación de los directivos de la Unidad Educativa Especializada “Ciudad de Loja N° 2” y el Centro Diurno de Atención Integral para personas con Discapacidad (MIES), se realizó la entrega de un oficio formal proveniente de la Universidad Nacional de Loja de la Carrera de Psicología Clínica, y junto con ello, se coordinó con las autoridades de los diferentes centros, obteniendo el apoyo del Departamento de Psicología y Departamento de Trabajo Social para la etapa de aplicación de reactivos psicológicos en los cuidadores primarios de los usuarios con discapacidad que acuden a los centros antes mencionados.

Segunda Fase

Se procedió a dar cumplimiento al primer objetivo planteado, en donde, se explicó a los cuidadores primarios los fines de la investigación y conjuntamente se entregó el consentimiento informado para que sea leído detenidamente y firmado. Luego se administró el “Inventario de Síntomas SCL-90-R” de forma presencial en coordinación con el Departamento de Psicología y Departamento de Trabajo Social de cada institución. De esta forma, se logró evaluar la sintomatología clínica del malestar psicológico.

Tercera Fase

Posteriormente, se aplicó la “Escala de resiliencia de Wagnild y Young” de manera presencial a los cuidadores primarios logrando identificar el nivel de resiliencia, dando como resultado el segundo objetivo. También, se aplicó una ficha sociodemográfica para conocer las características del perfil de los cuidadores primarios de personas con discapacidad.

Cabe mencionar que los reactivos psicológicos antes mencionados fueron aplicados al mismo tiempo a los cuidadores. Por otra parte, en el Centro Diurno de Atención Integral para Personas con Discapacidad (MIES) se asistió dos días a la semana en horario matutino (9:00 a 11:00 am) durante el mes de mayo para la aplicación individual de los instrumentos; mientras que en la Unidad Educativa Especializada “Ciudad de Loja N°2” se asistió a dos reuniones grupales matutinas (10:00 a 11:00 am) en diferentes días de la primera semana del mes de julio para recabar la información mediante los instrumentos psicológicos.

Cuarta Fase

Una vez recopilado la información, se realizó la calificación de los instrumentos, seguidamente de la tabulación de los resultados de los mismos, que fueron aplicados a los cuidadores primarios de personas con discapacidad, para lo cual se utilizó inicialmente Excel para establecer una matriz de datos y posteriormente el método estadístico SPSS con el propósito de interpretar los diversos cálculos de la investigación, se analizó la normalidad aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov debido al número de participantes y se interpretó su nivel de significancia, de modo que, el valor obtenido conllevó al análisis inferencial mediante estadísticos no paramétricos para emplear la prueba de correlación de Rho de Spearman, por tanto, se respondió a la pregunta de investigación planteada. Además, para contrastar y realizar la discusión de los resultados obtenidos, se hizo una revisión de artículos científicos a través de las bases de datos de Scielo, PubMed y Google Académico.

Quinta Fase

Finalmente, basándonos en los resultados obtenidos e información científica de la presente investigación se dio cumplimiento al tercer objetivo, el mismo que consistió en el diseño del plan de prevención psicológico con estrategias y técnicas psicológicas para reducir el malestar psicológico y fortalecer la resiliencia en cuidadores primarios de personas con discapacidad.

6. Resultados

6.1. Malestar Psicológico en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad

En respuesta al primer objetivo específico de la presente investigación se muestran las siguientes tablas:

Tabla 7

Malestar Psicológico en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje
Hay malestar psicológico	16	21,9%
No hay malestar psicológico	57	78,1%
Total	73	100,0%

En la tabla 7, se evidencia que el 78,1% de los cuidadores primarios, no presentan malestar psicológico, y el 21,9% presentan malestar psicológico, caracterizado por la presencia de síntomas relacionados con las somatizaciones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, obsesiones y compulsiones.

Tabla 8

Malestar Psicológico: Dimensiones Sintomáticas en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad

DIMENSIONES SINTOMÁTICAS		No hay riesgo	Hay riesgo	Total
Somatizaciones	Frecuencia	55	18	73
	Porcentaje	75,3%	24,7%	100%
Obsesiones y Compulsiones	Frecuencia	61	12	73
	Porcentaje	83,6%	16,4%	100%
Sensitividad Interpersonal	Frecuencia	68	5	73
	Porcentaje	93,2%	6,8%	100%
Depresión	Frecuencia	61	12	73
	Porcentaje	83,6%	16,4%	100%
Ansiedad	Frecuencia	52	21	73
	Porcentaje	71,2%	28,8%	100%
Hostilidad	Frecuencia	64	9	73
	Porcentaje	87,7%	12,3%	100%
Ansiedad Fóbica	Frecuencia	48	25	73
	Porcentaje	65,8%	34,2%	100%
Ideación Paranoide	Frecuencia	54	19	73
	Porcentaje	74,0%	26,0%	100%
Psicoticismo	Frecuencia	61	12	73
	Porcentaje	83,6%	16,4%	100%

En la tabla 8 del total de cuidadores primarios evaluados con el Inventario de Síntomas SCL-90-R se evidencia que no hay riesgo significativo en las 9 dimensiones estudiadas, sin

embargo, se puede denotar un mayor riesgo en las dimensiones que se detallan a continuación, siendo principalmente la ansiedad fóbica con un resultado de 34,2%, y la ansiedad con 28,8% de riesgo en cuanto a la evaluación sintomática del malestar psicológico.

6.2. Niveles de Resiliencia en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad

En respuesta al segundo objetivo específico se presenta los siguientes resultados:

Tabla 9

Niveles de Resiliencia en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	41	56,2%
Medio Bajo	10	13,7%
Medio	9	12,3%
Medio Alto	3	4,1%
Alto	10	13,7%
Total	73	100,0%

En la tabla 9 del total de cuidadores primarios evaluados, se evidencia que prevalece el 56,2% con un nivel de resiliencia bajo, el 13,7% de cuidadores que manifiestan un nivel de resiliencia medio bajo, asimismo en el mismo porcentaje un nivel de resiliencia alto, el 12,3% que tienen un nivel de resiliencia medio, y el 4,1% que presentan un nivel de resiliencia medio alto. Es por ello, que en mayor porcentaje destaca un nivel de resiliencia bajo en el cuidado de personas con discapacidad.

6.3. Relación entre Malestar Psicológico y Resiliencia en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad

Para dar respuesta al objetivo general planteado se presentan las siguientes tablas:

Tabla 10

Tabla Cruzada: Malestar Psicológico y Nivel de Resiliencia

		NIVEL DE RESILIENCIA					Total	
		Baja	Media Baja	Media	Media Alta	Alta		
MALESTAR PSICOLÓGICO	Hay malestar	Recuento	12	2	2	0	0	16
		% del total	16,4%	2,7%	2,7%	0,0%	0,0%	21,9%
		Recuento	29	8	7	3	10	57

No hay malestar	% del total	39,7%	11,0%	9,6%	4,1%	13,7%	78,1%
Total	Recuento	41	10	9	3	10	73
	% del total	56,2%	13,7%	12,3%	4,1%	13,7%	100,0%

En la tabla 10 mediante la tabla cruzada se evidencia la relación entre malestar psicológico y nivel de resiliencia, en donde se encuentran los siguientes datos: del 21,9% de cuidadores primarios que presentan malestar psicológico, el 16,4% tiene una resiliencia baja, asimismo, con el mismo porcentaje de 2,7% manifiestan una resiliencia media y media baja; de la misma manera, con igual porcentaje de 0% ningún cuidador tiene una resiliencia alta y media alta. Por otro lado, del 78,1% de cuidadores primarios que no presentan malestar psicológico, el 39,7% de ellos tienen un nivel de resiliencia baja, el 13,7% manifiesta una resiliencia alta, el 11% tiene una resiliencia media baja, el 9,6% tiene una resiliencia media y en menor porcentaje de 4,1% con una resiliencia media alta.

Por tanto, con aquellos datos se concluye que al presentar o no malestar psicológico prevalece la existencia de resiliencia baja frente al cuidado de una persona con discapacidad.

Tabla 11

Prueba de Normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Malestar psicológico	0,481	73	0,000
Nivel de resiliencia	0,328	73	0,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla 11 se muestra el análisis de normalidad aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov, ya que, la muestra es superior a 50 datos. Por ende, analizando los grados de significancia presentes en las dos variables, se puede evidenciar que ese valor no es superior a 0,05 por tal razón la muestra no tiene una distribución normal y se procede al análisis inferencial mediante estadísticos no paramétricos, es decir, este análisis conlleva a utilizar la prueba de correlación de Rho de Spearman para determinar la relación.

Tabla 12

Relación entre Malestar Psicológico y Nivel de Resiliencia

Correlaciones	
Malestar psicológico	Nivel de resiliencia

Rho de Spearman	Malestar psicológico	Coefficiente de correlación	1,000	,235*
		Sig. (bilateral)	.	,045
		N	73	73
	Nivel de resiliencia	Coefficiente de correlación	,235*	1,000
		Sig. (bilateral)	,045	.
		N	73	73

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 12 se muestra los resultados obtenidos a través de la prueba de correlación de Rho de Spearman entre malestar psicológico y nivel de resiliencia con una significancia bilateral de 0,045 con un coeficiente de correlación de 0,235; lo cual, se determina que existe una correlación positiva baja entre las variables, con un nivel de confiabilidad del 95%. Por ende, se determinó la relación directa entre las variables, es decir, no hay presencia de malestar psicológico con una resiliencia baja (al aumentar una variable, la otra también aumentará).

6.4. Diseño de un Plan de Prevención Psicológico en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad

Dando cumplimiento al tercer objetivo de la presente investigación se diseñó un plan de prevención psicológico en cuidadores primarios de personas con discapacidad con el fin de reducir el malestar psicológico y fortalecer la resiliencia, por lo cual se formuló la siguiente propuesta:

Título del Plan de Prevención Psicológico

PLAN DE PREVENCIÓN PSICOLÓGICO PARA CUIDADORES PRIMARIOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Presentación

El plan de prevención psicológico tendrá como base el enfoque Cognitivo-Conductual, así como también técnicas basadas en *mindfulness* y autocompasión, el mismo que está orientado a evitar el riesgo de malestar psicológico en la población adulta de cuidadores primarios, mediante estrategias y técnicas psicológicas que permitan al cuidador mantener un mayor bienestar en su vida diaria. Por ello, se busca prevenir aquellos síntomas de malestar psicológico y junto con ello aumentar o fortalecer el nivel de resiliencia, el mismo que incide en el cuidado de una persona con discapacidad; de tal manera que se contribuya a preservar el

autocuidado del cuidador y de esta manera proporcionar un soporte integral a la persona con discapacidad.

Justificación

El presente plan de prevención psicológico está diseñado en base a los resultados y necesidades encontradas en la investigación, ya que se ha podido constatar que la mayoría de cuidadores primarios que conforman la muestra presentan un nivel de resiliencia baja al afrontar las problemáticas en el cuidado de una persona con discapacidad.

Es por ello que principalmente el rol del cuidador es predisponente a presentar ciertas afecciones físicas y psicológicas, por tanto, es indispensable que el cuidador adquiera, desarrolle y aprenda a transformar positivamente las adversidades frente al cuidado de una persona con discapacidad. Además, se resalta que un cuidador primario se encuentra en la antesala de presentar riesgo de malestar psicológico debido a la exposición de una cantidad considerable de horas en el cuidado, toma de decisiones, cubrir las necesidades básicas y en mantener el bienestar de la persona con discapacidad al cuidado.

Así como también, de brindar a otros profesionales estrategias y técnicas útiles para la atención preventiva en la población de cuidadores primarios de personas con discapacidad, ya sea que cuenten o no con el apoyo de centros institucionales. Por ende, es necesario la formulación de objetivos, estructuración de talleres y establecimiento de estrategias y técnicas, las cuales apoyarán al proceso preventivo de una baja resiliencia en cuanto al malestar psicológico de los cuidadores primarios.

Objetivos

Objetivo General:

Prevenir el riesgo de malestar psicológico en los cuidadores primarios mediante talleres psicoeducativos y estrategias psicológicas que permitan aumentar el nivel de resiliencia frente al cuidado de una persona con discapacidad.

Objetivos Específicos:

- Psicoeducar al cuidador primario sobre la importancia de fortalecer su resiliencia para evitar el riesgo de presentar malestar psicológico.

- Fomentar espacios de respiro familiar que impulsen a optimizar una adecuada salud física y mental de los cuidadores primarios de personas con discapacidad.
- Potenciar competencias personales y aceptación de sí mismo para obtener un desempeño adecuado de su labor como cuidador.
- Enseñar habilidades de un cuidador resiliente frente a las adversidades de cuidar a una persona con discapacidad.
- Promover la autocompasión en los cuidadores primarios para el adecuado manejo de situaciones desfavorables como la presencia de malestar psicológico.
- Brindar herramientas de autocuidado para los cuidadores primarios, de forma que eviten enfermar y convertirse a su vez en un paciente.

Diagnóstico

Se considera la calificación de los reactivos psicológicos aplicados a los cuidadores primarios para evaluar el riesgo de malestar psicológico e identificar el nivel de resiliencia, para así ejecutar el plan de prevención que responde a las necesidades de la población.

Metodología

El plan de prevención psicológico se efectuará de forma grupal a través de seis talleres y así dar cumplimiento a cada uno de los objetivos específicos, los mismos que se desarrollarán una vez por semana en modalidad presencial con una duración de 45 a 90 minutos aproximadamente, asimismo se llevará a cabo en grupos reducidos de 10 a 15 cuidadores primarios. Por lo tanto, aquellos talleres tendrán una base psicoeducativa incluyendo técnicas psicológicas basadas en espacios de respiro familiar, competencias personales, aceptación de sí mismo, habilidades de un cuidador resiliente, autocompasión y autocuidado en los cuidadores primarios. Dicho aquello, en el taller 1 se llevará a cabo la psicoeducación en cuanto al malestar psicológico y resiliencia, el taller 2 se centra en los espacios de respiro, el taller 3-4 contiene competencias personales, aceptación de sí mismo y habilidades de un cuidador resiliente; y, el taller 5-6 incorpora la autocompasión y autocuidado.

Por último, en el taller 6 como parte del cierre se realizará la aplicación de una encuesta en cuanto a la satisfacción del plan de prevención psicológico dirigido a los cuidadores primarios de personas con discapacidad.

Descripción de Actividades

Previamente se adjuntan las actividades que serán puestas en acción en la propuesta del plan de prevención psicológico, las mismas que están descritas de manera general para posteriormente ir las detallando:

Cuadro 1

Descripción de Actividades del Plan de Prevención Psicológico

ACTIVIDAD	TEMÁTICAS	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS PSICOLÓGICAS	DESARROLLO
Sesión 1				
Taller: Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidador primario. -Tipos de cuidador primario. -Malestar psicológico en el rol del cuidador. -Sintomatología, causas y consecuencias del malestar psicológico en el cuidador. -Resiliencia en el cuidador primario. -Características de la resiliencia. -Construcción de la resiliencia. 	<p>Psicoeducar al cuidador primario sobre la importancia de fortalecer su resiliencia para evitar el riesgo de presentar malestar psicológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Dinámica “nombres y adjetivos”. - Psicoeducación. -FODA personal. (Anexo 10). -Retroalimentación. -Espacio de preguntas y reflexiones. 	<p>Mediante las autoridades de las instituciones se convoca a los cuidadores primarios de personas con discapacidad a participar del plan de prevención. Luego, con la asistencia de los mismos se explica los objetivos y la metodología que se llevará a cabo en el transcurso de todas las sesiones. Durante el primer taller se realiza una dinámica inicial de presentación con los participantes, se detalla los contenidos propuestos y se guía a los cuidadores a desarrollar un análisis FODA personal para posterior realizar la respectiva retroalimentación.</p>
Sesión 2				
Taller: Espacio de Respiro familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Espacios de respiro -Beneficios de los espacios de respiro 	<p>Fomentar espacios de respiro familiar que impulsen a optimizar una adecuada salud física y mental de los cuidadores primarios de personas con discapacidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Psicoeducación. -Técnica de descarga emocional: <ul style="list-style-type: none"> ○ Línea de vida positiva -Técnicas de relajación: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Mindfulness</i> (El escaneo corporal “body scan”). -Técnica de respiración: <ul style="list-style-type: none"> ○ Respiración diafragmática 	<p>Se dirige a los cuidadores con información clara, coherente y con su respectivo material de apoyo acerca de los espacios de respiro y sus beneficios. Posterior a ello, se realiza una introspección a través de la técnica de descarga emocional, asimismo, se enseña y práctica las técnicas de relajación como el escaneo corporal “body scan” y la respiración diafragmática, de modo que puedan ser utilizadas en situaciones de malestar frente al</p>

- Retroalimentación.
- Espacio de inquietudes.

cuidado de una persona con discapacidad. Por último, se retroalimenta los contenidos y técnicas abordadas.

Sesión 3

**Taller:
Competencias
Personales y
Aceptación de Sí
Mismo**

Competencias Personales:

Autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.

Aceptación de uno Mismo y de la Vida:

Flexibilidad, adaptabilidad, balance, una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

Potenciar competencias personales y aceptación de sí mismo para obtener un desempeño adecuado de su labor como cuidador.

- Psicoeducación.
- Técnica de Exposición
- Modelo ABC de Albert Ellis
- Reestructuración cognitiva
- Lectura reflexiva (Anexo 11).
- Feedback
- Espacio de reflexiones y preguntas.

Se detalla los contenidos propuestos para la tercera sesión, además, se lleva a cabo la técnica de exposición con la ayuda del material lúdico. Por otro lado, se pretende utilizar la técnica de reestructuración cognitiva para remplazar pensamientos distorsionados que le generan malestar, por ende, previamente se abordará la enseñanza del modelo ABC. Finalmente se crea una mesa redonda en donde se comparte una lectura para la reflexión de los cuidadores, junto con el feedback del terapeuta.

Sesión 4

**Taller:
Habilidades de un
Cuidador Resiliente**

Habilidades de un Cuidador Resiliente:

-Rápida respuesta ante el riesgo.
-Madurez precoz.
-Búsqueda de información.
-Relaciones interpersonales positivas.
-Optimismo
-Asunción de responsabilidad.

Enseñar habilidades de un cuidador resiliente frente a las adversidades de cuidar a una persona con discapacidad.

- Psicoeducación.
- Técnica de Solución de Problemas (Anexo 12)
- Retroalimentación
- Espacio de reflexiones y preguntas.

Para el presente taller se realiza un conversatorio acerca de desarrollar habilidades de un cuidador resiliente. Posterior a ello, junto a los participantes se realiza un ejercicio en base a la técnica de solución de problemas, por lo cual, se hace la entrega de hojas impresas para el respectivo desarrollo de la actividad. En resumen, se socializa y retroalimenta lo abordado en los contenidos y el ejercicio.

Sesión 5

**Taller:
Autocompasión**

Autocompasión en el cuidador primario.

Promover la autocompasión en los cuidadores primarios para el adecuado manejo de situaciones desfavorables como la presencia de malestar psicológico.

- Psicoeducación.
- Práctica de autocompasión: Uso de gestos (Anexo 13).
- Técnica: Habla amorosa
- Retroalimentación
- Espacio de reflexiones y preguntas.

Se brinda información acerca de la importancia de autocompasión en el cuidador primario. Así mismo, se lleva a cabo la práctica de la técnica del “uso de gestos” previamente con claras explicaciones en la guía de la actividad. Otra de las técnicas utilizadas se denomina “Habla amorosa” en donde se permite al cuidador expresar en una carta sus pensamientos, sentimientos o dificultades frente al cuidado de otra persona. Se concluye, con la retroalimentación de las actividades realizadas.

Sesión 6

**Taller:
Cuidar al que cuida**

Pautas de autocuidado en el cuidador primario.

Brindar herramientas de autocuidado para los cuidadores primarios, de forma que eviten enfermar y convertirse a su vez en un paciente.

- Psicoeducación.
- Role playing
- Técnica: Escucha profunda y compasiva
- Retroalimentación
- Encuesta de satisfacción del plan de prevención psicológico (Anexo 14).
- Espacio de reflexiones y despedida.

El taller estará enfocado en dar a conocer las pautas de autocuidado para el cuidador primario con el fin de cuidar su salud mental. Además, se lleva a cabo el juego de roles motivando a los cuidadores a crear un escenario de sus acciones; para posterior realizar la técnica de “Escucha profunda y compasiva”, en donde voluntariamente participan los cuidadores al manifestar como se está sintiendo. Finalmente se retroalimenta y se pide a los cuidadores responder una encuesta de satisfacción para conocer la eficacia del plan de prevención psicológico.

Planificación de Talleres de Prevención

Taller 1: Psicoeducación

Objetivo: Psicoeducar al cuidador primario sobre la importancia de fortalecer su resiliencia para evitar el riesgo de presentar malestar psicológico.

Duración: 45 a 60 minutos.

Actividad:

Actividad de inicio: Dinámica de presentación denominada “nombres y adjetivos”.

Estrategias y técnicas a utilizar:

- Psicoeducación
 - ✓ Cuidador primario.
 - ✓ Tipos de cuidador primario.
 - ✓ Malestar psicológico en el rol del cuidador.
 - ✓ Sintomatología, causas y consecuencias del malestar psicológico en el cuidador.
 - ✓ Resiliencia en el cuidador primario.
 - ✓ Características de la resiliencia.
 - ✓ Construcción de la resiliencia.
- FODA personal (Anexo 10).
- Retroalimentación.
- Cierre: espacio de preguntas y reflexiones.

Procedimiento:

El desarrollo de la sesión se llevará a cabo en 8 fases, de manera que interactuarán los participantes con el terapeuta.

1. Bienvenida.
2. Presentación del responsable del plan de prevención psicológico.
3. Explicación de objetivos y metodología del plan de prevención psicológico.
4. Realizar la dinámica de presentación con los cuidadores primarios, dicha dinámica se denomina “nombres y adjetivos”, para lo cual, los participantes piensan en un adjetivo para describir cómo se sienten y cómo están. Por tanto, el adjetivo debe empezar con la

misma letra que sus nombres, por lo cual, al pronunciar el adjetivo podrán conocerse a sí mismo.

5. El terapeuta mediante la psicoeducación detallará los contenidos propuestos, en donde, se puede encontrar: definición de un cuidador primario, tipos de cuidador primario, sintomatología, causas y consecuencias del malestar psicológico en el cuidador primario; asimismo en cuanto a la resiliencia, características y construcción de resiliencia en el cuidador primario.
6. El terapeuta guiará a los cuidadores primarios a desarrollar un análisis FODA personal (Anexo 10), el cual ayudará a reconocer sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas dentro del cuidado de una persona con discapacidad. Posterior a ello, se pedirá a cada cuidador leer sus aspectos descritos, de manera que se interprete en grupo los aspectos mencionados. Por tanto, el análisis permitirá obtener un autoexamen realista y ajustado a la realidad frente al cuidado, lo cual, se identificará la situación actual del cuidador primario.
7. Se efectúa una retroalimentación de lo abordado en el primer taller recalcando los puntos más importantes para los participantes y junto con ello, dar espacio para las reflexiones y preguntas sobre la temática impartida.
8. Finalmente, se agradece la participación y se da por culminado el primer taller del plan de prevención psicológico.

Materiales:

- Laptop
- Proyector
- Diapositivas
- Hojas
- Esferos de colores

Recursos Humanos:

- Cuidadores primarios participantes.
- Personal de Departamento de Psicología o Departamento de Trabajo Social de las instituciones.

Taller 2: Espacio de Respiro familiar

Objetivo: Fomentar espacios de respiro familiar que impulsen a optimizar una adecuada salud física y mental de los cuidadores primarios de personas con discapacidad.

Duración: 60 a 90 minutos

Actividad:

Estrategias y técnicas a utilizar:

- Psicoeducación
 - ✓ Espacios de respiro
 - ✓ Beneficios de los espacios de respiro
- Técnica de descarga emocional
 - ✓ Línea de vida positiva
- Técnicas de relajación
 - ✓ *Mindfulness* (El escaneo corporal “body scan”).
- Técnica de respiración
 - ✓ Respiración diafragmática
- Retroalimentación
- Cierre: espacio de inquietudes

Procedimiento:

En la aplicación de la sesión se realizará en 8 fases, de modo que permitirá la participación activa de los cuidadores primarios.

1. Saludo y bienvenida a los cuidadores primarios.
2. El terapeuta procede a interactuar con los cuidadores preguntando ¿Qué entienden por espacios de respiro?, para posterior explicar las temáticas propuestas tales como los espacios de respiro y sus beneficios en el cuidador primario.
3. El terapeuta llevará a cabo la técnica de descarga emocional denominada “Línea de vida positiva”, en donde, los participantes deberán trazar una línea horizontal sobre un papel y escribir los acontecimientos vitales importantes que han vivido desde el nacimiento, por lo tanto, cada cuidador recordará acontecimientos positivos en los cuales se hayan sentido felices, orgullosos y satisfechos. Por consiguiente, el terapeuta llevará a la reflexión acerca de adoptar emociones positivas para llenar ese espacio de negatividad en sí mismo.

4. Posterior a la introspección realizada en la descarga emocional. Se procede a enseñar a los cuidadores primarios las técnicas de relajación que evitará que se presente un malestar psicológico. De modo que, se realiza “la técnica de escaneo corporal o body scan”, en el cual, consiste que el participante busque una posición cómoda para prestar atención a la respiración, después ir recorriendo poco a poco todo el cuerpo con la atención, notando cada parte y las sensaciones o falta de ellas que entren en la consciencia (regularmente se empieza por los dedos de los pies y se termina por la cabeza). Por último, se socializa en grupo las sensaciones físicas, reacciones emocionales o pensamientos que pudieron ocurrir durante el escaneo (Argotty, 2016).
5. Se continúa mostrando otra de las técnicas, siendo la “Técnica de respiración diafragmática”, en la cual, se solicita a los participantes colocarse en una posición cómoda como sentada o de pie, después el terapeuta dará explicaciones claras y entendibles para los cuidadores primarios.
 - Se debe ubicar las manos en el estómago, para posterior inhalar profundamente por su nariz y desalojar a fondo el aire de los pulmones, administrando el aire hacia el abdomen. Posterior se retiene el aire en los pulmones y se exhala el aire con paciencia; previamente vaciando los pulmones, de modo que, aquello producirá alivio (respirar de forma lenta y profunda); cabe recalcar que se recomienda practicar la respiración diafragmática durante el tiempo que se desee (González, 2016 como se citó en Tabango, 2021). Por ende, como tarea se solicita realizar esta técnica cuando se presenten síntomas de malestar, en específico sintomatología ansiosa frente al cuidado de una persona con discapacidad.
6. Se retroalimenta acerca de las técnicas aplicadas a los cuidadores primarios.
7. Se recapitula los contenidos abordados en la sesión, dando paso a las inquietudes por parte de los participantes.
8. Cierre.

Materiales:

- Hojas
- Esferos de colores
- Reglas

Recursos Humanos:

- Cuidadores primarios participantes.
- Personal de Departamento de Psicología o Departamento de Trabajo Social de las instituciones.

Taller 3: Competencias Personales y Aceptación de Sí Mismo

Objetivo: Potenciar competencias personales y aceptación de sí mismo para obtener un desempeño adecuado de su labor como cuidador.

Duración: 45 a 90 minutos.

Actividad:

Estrategias y técnicas a utilizar:

- Psicoeducación
 - ✓ Competencias personales: autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.
 - ✓ Aceptación de uno mismo y de la vida: flexibilidad, adaptabilidad, balance, una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.
- Técnica de Exposición
- Modelo ABC de Albert Ellis
- Reestructuración cognitiva
- Lectura reflexiva (Anexo 11)
- Feedback
- Cierre: espacio de reflexiones y preguntas

Procedimiento:

La aplicación de la sesión se efectuará en 7 fases, promoviendo la participación de todos los cuidadores primarios presentes.

1. Saludo y bienvenida.
2. El terapeuta dará a conocer acerca de las competencias personales que posee un cuidador tales como autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.

3. Se lleva a cabo una actividad en base a la técnica de exposición, en donde, se requiere que los participantes escriban en una hoja de un diario una situación o miedo que le produzcan emociones negativas, con el fin de que se mida su nivel real de amenaza y lograr una modificación en sus interpretaciones cognitivas angustiantes, sus reacciones y su conducta.
4. El terapeuta enseña el modelo ABC a los cuidadores primarios para identificar su forma de pensar, su manera de interpretar las circunstancias y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, las demás personas y el mundo en general (García, 2009).
 - Una vez explicado en que consiste el modelo ABC, se procede a representar un evento activante real o imaginado (**A**) como el “*tener que retirar todos los días a la persona con discapacidad de las instituciones que asisten*” o “*estar al pendiente de las necesidades básicas de la persona con discapacidad*”, entre otras actividades que realice como cuidador, posterior a ello se preguntará a los participantes *¿Qué interpretaciones o creencias tiene frente a estas situaciones mencionadas?* (**B**); y, por último, indagar acerca de las consecuencias tanto emocionales y conductuales que presenten los cuidadores en relación al evento activante.
5. Posterior a ello, se utiliza la técnica de reestructuración cognitiva para que el sujeto aprenda y desarrolle habilidades, remplazando los pensamientos distorsionados que le generan malestar psicológico, dicha técnica se desarrollará de la siguiente manera:
 - Cada cuidador identificará y escribirá en un diario un listado de sus pensamientos negativos o distorsionados, para ello con el terapeuta se analiza y discute sobre la veracidad de aquellos pensamientos (proponiendo evidencias a favor o en contra) y finalmente se reemplaza por otros pensamientos o situaciones más objetivas de su diario vivir.
6. Se comparte una lectura a los participantes, para lo cual se crea una mesa redonda con los cuidadores primarios para compartir sus reflexiones. Finalmente, el terapeuta realiza un feedback con respecto a la lectura (Anexo 11).
7. Cierre, en el cual se da paso a las preguntas en cuanto a la dinámica del grupo.

Materiales:

- Laptop
- Proyector
- Diapositivas

- Diario de hojas
- Esferos, pinturas, marcadores.

Recursos Humanos:

- Cuidadores primarios participantes.
- Personal de Departamento de Psicología o Departamento de Trabajo Social de las instituciones.

Taller 4: Habilidades de un Cuidador Resiliente

Objetivo: Enseñar habilidades de un cuidador resiliente frente a las adversidades de cuidar a una persona con discapacidad.

Duración: 45 a 60 minutos.

Actividad:

Estrategias y técnicas a utilizar:

- Psicoeducación
 - ✓ Habilidades de un cuidador resiliente: rápida respuesta ante el riesgo, madurez precoz, búsqueda de información, relaciones interpersonales positivas, optimismo y asunción de responsabilidad.
- Técnica de Solución de Problemas (Anexo 12)
- Retroalimentación
- Cierre: espacio de reflexiones y preguntas

Procedimiento:

El procedimiento a seguir será en 5 fases.

1. Saludo y bienvenida.
2. El terapeuta brindará información sobre las habilidades de un cuidador resiliente y como incorporarlas a su diario vivir. Inclusive, como influyen estas habilidades en su salud física y psicológica.
3. Se realiza un ejercicio en base a la técnica de solución de problemas con los cuidadores primarios. Seguidamente, se socializa con los participantes acerca del ejercicio de solución de problemas (Anexo 12).

4. Retroalimentación sobre lo abordado en el taller.
5. Cierre.

Materiales:

- Laptop
- Proyector
- Diapositivas
- Hojas impresas
- Esferos de colores

Recursos Humanos:

- Cuidadores primarios participantes.
- Personal de Departamento de Psicología o Departamento de Trabajo Social de las instituciones.

Taller 5: Autocompasión

Objetivo: Promover la autocompasión en los cuidadores primarios para el adecuado manejo de situaciones desfavorables como la presencia de malestar psicológico.

Duración: 45 a 60 minutos.

Actividad:

Estrategias y técnicas a utilizar:

- Psicoeducación
 - ✓ Autocompasión en el cuidador primario.
- Práctica de autocompasión: Uso de gestos (Anexo 13).
- Técnica “Habla amorosa”.
- Retroalimentación.
- Cierre: espacio de reflexiones y preguntas.

Procedimiento:

El taller se llevará a cabo mediante 6 fases.

1. Saludo y bienvenida a los participantes.

2. El terapeuta a través de la psicoeducación dará a conocer sobre la autocompasión en el cuidador primario, asimismo, la importancia de practicarla para evitar riesgo de malestar psicológico y fortalecer el nivel de resiliencia.
3. Posteriormente se lleva a cabo la práctica de autocompasión denominada “Uso de gestos”, de modo que, el terapeuta brinda claras explicaciones sobre la actividad, asimismo, guía y acompaña a los cuidadores primarios al momento de realizar la práctica (Anexo 13).
4. Se utiliza la técnica “Habla amorosa”, en donde, el terapeuta explica acerca del derecho y la responsabilidad de decir toda la verdad, de expresar todos nuestros pensamientos y sentimientos, incluyendo nuestras dificultades y padecimientos, sin embargo, no se utiliza palabras de juicio, culpa, amargura o irritación, sino que utilizamos el discurso del amor (Nhat, 2012).
 - Se pide a los participantes escribir una carta con palabras atentas y bondadosas hablando de sus propias dificultades y sufrimiento, de manera que la otra persona que lea la carta pueda comprender y ayudarlos. Por tanto, luego de terminar la carta se indica que debe ser entregada a la persona que más confianza tengan, aquello, con el fin de restablecer la comunicación y construir relaciones profundas y fructíferas.
5. Se retroalimenta las actividades realizadas con los participantes.
6. Cierre, recalando que existirá una última sesión correspondiente al plan de prevención psicológico.

Materiales:

- Laptop
- Proyector
- Diapositivas
- Copias
- Hojas
- Esferos

Recursos Humanos:

- Cuidadores primarios participantes.

- Personal de Departamento de Psicología o Departamento de Trabajo Social de las instituciones.

Taller 6: Cuidar al que cuida

Objetivo: Brindar herramientas de autocuidado para los cuidadores primarios, de forma que eviten enfermar y convertirse a su vez en un paciente.

Duración: 45 a 90 minutos.

Actividad:

Estrategias y técnicas a utilizar:

- Psicoeducación
 - ✓ Pautas de autocuidado en el cuidador primario.
- Role playing
- Técnica “Escucha profunda y compasiva”
- Retroalimentación
- Encuesta de satisfacción del plan de prevención psicológico (Anexo 14).
- Cierre: espacio de reflexiones y despedida por parte de los participantes.

Procedimiento:

El procedimiento a seguir será en 7 fases.

1. Saludo y bienvenida.
2. El terapeuta a través de la psicoeducación explicará a los cuidadores primarios las pautas de autocuidado para evitar riesgo de malestar psicológico o convertirse a su vez en un paciente frente al cuidado de una persona con discapacidad.
3. El terapeuta lleva a cabo el juego de roles, en donde, motiva a los participantes a interpretar algunos personajes en una situación de “¿*Qué realizan los cuidadores primarios en su tiempo libre?*”, de modo, que exista la libertad de crear un escenario o historia en la que describan sus acciones sin ninguna guía. Al final, los integrantes y los demás realizarán un debate sobre la actuación de cada uno y sobre que narraron, lo cual, se aprenderá a socializar en un entorno tolerante y empático.

4. Se procede a dar indicaciones sobre la técnica de “Escucha profunda y compasiva”, lo cual, los participantes deberán sentarse y escuchar con atención a la persona quien vaya a hablar. Además, se pide de manera voluntaria a un cuidador que participe.
 - El terapeuta junto con el grupo, solicita a la persona voluntaria: que diga todo cuanto está en su mente, se le anima a desahogarse y no se la interrumpe ni se trata de corregirla en ese momento, con el fin de que el tiempo de escucha profunda de ese tipo reduzca en gran medida el sufrimiento de la otra persona y la ayude a sentirse más ligera. Así mismo, aquello permitirá que las personas que están escuchando con paciencia tengan la oportunidad de descubrir y corregir sus propias percepciones (Nhat, 2012).
 - Seguimos escuchando y, más tarde, cuando se presente una buena oportunidad, se le proporciona a la otra persona información más precisa a fin de ayudarlo a ver la realidad más clara.
5. Retroalimentación sobre lo abordado en todas las sesiones.
6. Por último, se aplica a los cuidadores primarios una encuesta de satisfacción con el propósito de evaluar la eficacia del plan de prevención psicológico (Anexo 14).
7. Cierre y agradecimiento a los cuidadores primarios de personas con discapacidad.

Materiales:

- Laptop
- Proyector
- Diapositivas
- Copias
- Esferos de colores

Recursos Humanos:

- Cuidadores primarios participantes.
- Personal de Departamento de Psicología o Departamento de Trabajo Social de las instituciones.

Seguimiento

Posterior a la aplicación del plan de prevención psicológico es importante realizar un seguimiento, es decir, analizar si los cuidadores están aplicando las técnicas aprendidas en su vida diaria, además, mediante los reactivos psicológicos evaluar el riesgo de malestar

psicológico y su nivel de resiliencia ante el cuidado de una persona con discapacidad; de esta manera, se comprobará si los resultados se mantienen, o en su defecto si han disminuido o mejorado. En caso de existir presencia de malestar psicológico o baja resiliencia en el cuidador se deberá derivar a una intervención individual con profesionales de la salud mental, de modo que, aquella sintomatología no afecte a su bienestar, ni al bienestar de la persona con discapacidad.

Durante el seguimiento es recomendable concretar una cita con cada cuidador para evaluar detenidamente el caso, ya que, podría existir la posibilidad de afectación de factores externos diferentes al cuidado de una persona con discapacidad, lo cual, esta situación deberá ser evaluada.

7. Discusión

En base a la literatura expuesta y la investigación realizada se da respuesta a la pregunta planteada ¿Cuál es la relación entre malestar psicológico y nivel de resiliencia en cuidadores primarios de personas con discapacidad?, en donde, se distingue de los autores varias posturas que permiten aseverar o contrastar los resultados obtenidos.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, se evidencia que dentro de los resultados encontrados en el presente estudio predomina una correlación estadísticamente significativa siendo una relación positiva débil entre las variables, es decir, que los cuidadores primarios de personas con discapacidad no tienen riesgo significativo de malestar psicológico y presentan una resiliencia baja, por ende, se corrobora que los cuidadores al recibir asistencia de psicología y trabajo social por parte de las instituciones tienen una reducción de carga emocional, física y social frente a un evento problemático de cuidar a una persona con discapacidad, al igual que otros factores asociados a su perfil, situación que evita que adquieran malestar psicológico; sin embargo, la baja resiliencia presentada es debido a los factores de riesgo durante el tiempo que se cuida a la persona en el hogar, los mismos que desencadenan efectos negativos.

Estos resultados se contrastan con los obtenidos por el estudio de Flores (2022) que muestra la asociación entre resiliencia y sobrecarga de 81 cuidadores primarios de personas con discapacidad, en específico personas con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), en el cual señala que la capacidad de resiliencia es inversamente proporcional a la sobrecarga de los cuidadores primarios, es decir, el 56.8% de cuidadores con baja resiliencia manifestaron sobrecarga intensa; el 30.9% de cuidadores con moderada resiliencia presentaron sobrecarga ligera; y el 12.3% de cuidadores con alta resiliencia refirieron sin sobrecarga ante el cuidado de otra persona. Así mismo, se encontró la postura de otros autores que contrastan los resultados de la presente investigación, como lo es el estudio realizado por Cerquera y Pabón (2016) con 101 cuidadores informales de la ciudad de Bucaramanga-Colombia, en el que indican que existe una correlación negativa o inversa estadísticamente significativa entre distimia-rasgo/eutimia-estado y resiliencia; afirmando que entre menos sintomatología depresiva presenten, mayor resiliencia tienen los cuidadores frente a un evento actual desencadenante. Cabe recalcar que aquellos resultados de la literatura difieren de la presente investigación, debido a que se ha evaluado una muestra de cuidadores

de personas con discapacidad que asisten a instituciones en comparación con los estudios presentados.

Con respecto al primer objetivo específico sobre el malestar psicológico se encontró que el 78,1% de cuidadores no presentan riesgo de malestar psicológico y el 21,9% de cuidadores tienen riesgo de malestar psicológico con síntomas más prevalentes siendo el 34,2% con ansiedad fóbica donde aquellas personas presentan miedo persistente a alguna situación en específica; y el 28,8% con ansiedad en personas que manifiestan nerviosismo, miedo o tensión frente a algún acontecimiento vital estresante dentro del cuidado de una persona con discapacidad.

Semejante a estos resultados se presenta el estudio realizado por Garzón et al. (2016) donde, en 35 cuidadores primarios predomina el malestar psicológico mínimo, ligero y moderado, puesto que, el mayor malestar ocurre ante la presencia de agitación con un 20%, alteraciones del sueño con un 22,85%, trastornos de hábitos alimentarios con un 25,75%, depresión con un 20%, repeticiones con un 25,75%, ansiedad, apatía e irritabilidad con un 20%, por ende, los bajos porcentajes de malestar (síntomas psicológicos y conductuales) se asocian por un mayor uso de los servicios de salud y el consumo de fármacos de la persona a su cuidado. También, se hace énfasis al estudio de Navarro et al. (2017) en el cual refieren acerca de la depresión y sobrecarga en 76 cuidadores primarios de pacientes con discapacidad física de la UMF 171, lo cual indican los resultados que más prevalecen como el 55,3% que se encuentran sin sintomatología depresiva, junto con el 40,8% que tienen ausencia de sobrecarga ante una tarea estresante en la atención del cuidado de otra persona. Cabe mencionar que, los estudios de la literatura como en el presente estudio se han evaluado una muestra pequeña de cuidadores primarios, por ello los resultados alcanzados en ambos son similares a pesar de la variación de los porcentajes.

En lo que respecta al segundo objetivo específico, los resultados de la presente investigación señala que prevalece el 56,2% que presentan un nivel de resiliencia bajo, el 13,7% de cuidadores que manifiestan un nivel de resiliencia medio bajo, asimismo en el mismo porcentaje un nivel de resiliencia alto, el 12,3% que tienen un nivel de resiliencia medio, y el 4,1% que presentan un nivel de resiliencia medio alto; por lo cual, significa que los cuidadores primarios presentan dificultades a adaptarse positivamente ante cambios repentinos o adversidades en el cuidado de una persona con discapacidad.

Estos datos concuerdan con los obtenidos en el estudio realizado por Crespo y Fernández (2015) en donde al contar con 111 cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia, sus resultados indican que predomina el 73,0% de cuidadores que integran al grupo de resiliencia baja o moderada y el 27,0% de cuidadores que conforman al grupo de cuidadores con resiliencia alta; por ende, prevalece el grupo de resiliencia baja o moderada caracterizado por estar sometido a un número de estresores relacionados con el tiempo dedicado a la asistencia, aspectos relativos al estado y problemas de la persona dependiente. Así mismo, se presenta otro estudio con resultados similares, siendo el de Flores (2022) que muestra que la resiliencia evaluada en 81 cuidadores primarios de pacientes con TDAH que acuden a la UMF No. 48 arrojan los siguientes datos pertenecientes al 56,8% de cuidadores con baja resiliencia, al 30,9% de cuidadores con moderada resiliencia y al 12,3% de cuidadores con alta resiliencia, por tanto, es preponderante la capacidad de la baja resiliencia en los cuidadores primarios en relación con los años de evolución desde el diagnóstico y la edad de los pacientes con TDAH.

Por otro lado, es importante recalcar las características sociodemográficas del cuidador primario de personas con discapacidad ya que son un factor relevante para determinar su perfil, por tanto, en la presente investigación la muestra está representada por cuidadores de género femenino (83,6%), adultos de 31 a 64 años de edad (78%), de estado civil casados (39,7%), con instrucción académica en secundaria (37%), con un nivel socioeconómico medio (54,8%), que no trabajan actualmente (52,1%), caracterizado por tener un parentesco de madre con la persona con discapacidad (64,4%), destacando la discapacidad intelectual de la persona cuidada (83,6%), dedicando más de 15 horas en la protección (32,9%) y delegando el cuidado a un familiar (87,7%).

Estos hallazgos se asemejan a los obtenidos en el estudio por Centeno (2020) lo cual, de 63 cuidadores primarios de personas con discapacidad destacan los cuidadores de género femenino (30%), en un rango de edad de 34 a 49 años (30%), en estado civil casados (95%), de nivel de instrucción secundario (43%) y con un nivel socioeconómico medio (65%). Además, señala que la mayoría de cuidadores son ama de casa (30%), con parentesco de hijo de la persona con discapacidad intelectual (80%), proporcionando de 4 a 7 días con un total de 19 a 24 horas de cuidado (95%) y delegando a un familiar la protección de la persona con discapacidad (80%).

8. Conclusiones

En la presente investigación se determinó la relación que existe entre malestar psicológico y resiliencia en cuidadores primarios de personas con discapacidad de la ciudad de Loja, ya que se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas variables debido a que los cuidadores evaluados no presentaron riesgo de malestar psicológico, previamente al contar con el apoyo de instituciones que brindan asistencia especializada a sus familiares con discapacidad, de modo que se reduce el riesgo de desarrollar sintomatología asociada al malestar psicológico. Además, se recalca que esta ausencia de malestar se relaciona con una resiliencia baja en virtud del desconocimiento sobre cómo afrontar una adversidad, y así como también, de estar pendiente en cumplir con las necesidades básicas de la persona con discapacidad durante el tiempo de cuidado en casa.

En cuanto al malestar psicológico en cuidadores primarios de personas con discapacidad se evaluó a través del inventario de Síntomas SCL-90-R, en el cual, a pesar de que no se halló un malestar significativo en la población, se encontró un riesgo leve en ciertas manifestaciones que no son consideradas entidades psicopatológicas, las cuales son la sintomatología asociada a la ansiedad fóbica y ansiedad, siendo las más predominantes en los cuidadores. Sin embargo, se puede considerar que, al no existir riesgo de malestar psicológico puede deberse al apoyo asistencial que reciben los cuidadores primarios por parte de instituciones del estado o privadas, por otro lado, muchos de los cuidadores tienen un nivel socioeconómico medio al igual que la ayuda en el cuidado por parte de otros familiares.

Se identificó el nivel de resiliencia en cuidadores primarios de personas con discapacidad mediante la escala de resiliencia de Wagnild y Young, en donde, se obtuvo un nivel de resiliencia baja la cual afecta los mecanismos de defensa del desarrollo de la resistencia del cuidador primario frente a las adversidades presentadas en su vida diaria, sobre todo en las dificultades de brindar soporte integral a la persona con discapacidad. Inclusive, es importante recalcar que un deterioro en la autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, perseverancia, flexibilidad, adaptabilidad, balance y aceptación son los desencadenantes de este aspecto de resiliencia baja.

Se diseñó un plan de prevención psicológico en cuidadores primarios de personas con discapacidad que presentaron resiliencia baja, con el propósito de evitar el riesgo de malestar psicológico. Por ello, se optó por un proceso de psicoeducación con temas de gran importancia para el cuidador primario para que se fortalezca los conocimientos sobre el rol que cumple,

además se aplica e incorpora el entrenamiento de estrategias y técnicas psicológicas para afrontar adecuadamente las dificultades o adversidades; de modo, que la salud mental de la persona cuidadora sea un estado de completo bienestar biopsicosocial.

9. Recomendaciones

Se sugiere algunas recomendaciones en base a los resultados y a las conclusiones que se llegó en la presente investigación:

Se pone a consideración del lector y la comunidad educativa investigar sobre otros aspectos relacionados con el malestar psicológico y resiliencia en cuidadores primarios de personas con discapacidad, de modo que, se tome en cuenta otros factores aislados de la presente investigación tales como estudiar a cuidadores de personas con discapacidad que sean dependientes, cuidadores de personas con discapacidad que no acudan a instituciones y factores considerados necesarios por otros investigadores, además de que pueda relacionarse con otras variables.

Se recomienda integrar iniciativas en la creación de programas de enseñanza-aprendizaje para cuidadores primarios, en el cual puedan adquirir conocimientos sobre las funciones de su rol, pautas de autocuidado y entre otros aspectos previamente para evitar a largo plazo complicaciones en el cuidado de una persona con discapacidad. Así como también, que las instituciones incorporen espacios recreativos para los cuidadores con el fin de obtener un mayor bienestar personal y en sus relaciones sociales.

Se sugiere a los cuidadores primarios con malestar psicológico y resiliencia baja que opten por solicitar ayuda a las diferentes redes de apoyo o recurran netamente a la ayuda profesional. Así como también, que las personas que detecten sintomatología asociada al malestar puedan derivar los casos a una entidad de salud.

Se intercede a que se ejecute el plan de prevención psicológico para cuidadores primarios de personas con discapacidad previamente propuesto en la presente investigación y otros planes de prevención facilitado por otros autores, los mismos que puedan ser aplicados en las instituciones especializadas, centros diurnos de atención integral o cualquier otra institución que brinde atención a personas con discapacidad , y de esta manera evitar riesgo de sintomatología asociada al malestar psicológico o factores asociados a la resiliencia baja.

10. Bibliografía

Abarca, G., Arensburg, S., Radiszcz, S. y Vásquez, R. (2017). Malestar y género: una aproximación a la experiencia onírica de jóvenes chilenos. *Revista de Psicología*, 26 (1), 1-12. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-05812017000100108

American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

Argotty, K. (2016). *Efectividad de las técnicas de relajación: entrenamiento de la relajación progresiva, basado en Jacobson y el escaneo corporal ("body scan"), en los cantantes del coro de la pontificia universidad católica del ecuador, para disminuir el estrés y ansiedad mayo - junio 2016* [Tesis de titulación, Universidad Católica del Ecuador].

Arias, W., Rivera, R. y Ceballos, K. (2019). Confiabilidad y estructura factorial de la escala de Malestar Psicológico de Kessler en estudiantes universitarios de Arequipa (Perú). *Arch Med (Manizales)*, 19 (2). 387-395. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/18-ConfiabilidadyestructurafactorialdelaEscaladeMalestarPsicolgico.pdf>

Astudillo, W., Mendinueta, C., Montiano, E. y Díaz, E. (2008). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Madrid: Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa 7^a edición. <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/07-NECESIDADES-DE-LOS-CUIDADORES-DEL-PACIENTE-CRONICO-guia-rec-alava-7-seccion.pdf>

Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 125-146. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2006-E3EEFE3-E4DF-43B4-C15D-FF038F693092/Documento.pdf>

Brenlla, M. y Aranguren, M. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Revista de Psicología*, 28 (2), 311-342. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-AdaptacionArgentinaDeLaEscalaDeMalestarPsicologico-4637549.pdf>

Brito, G. (2016). Práctica de auto-compasión. Uso de gestos. *Congreso de Mindfulness de Zaragoza*.

Caguama, E. (2017). *Perfil psicológico y sociodemográfico de los cuidadores primarios de niños con trastorno del espectro autista* [Tesis de titulación, Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6564/1/12658.pdf>

Caro, P. y Rodríguez, M. (2018). Potencialidades de la resiliencia para los profesionales de Enfermería. *Index Enferm*, 27 (1-2), 42-46.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000100009&lng=es.

Castro, C. (2018). *Resiliencia en los padres de los bebés con habilidades diferentes de 0 - 5 años del Programa de Intervención Temprana (PRITE) – Callao* [Tesis de titulación, Universidad Inca Garcilaso De La Vega].

http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2214/TRAB.SUF.RPOF._C%C3%A9cil%20Joyce%20Emmy%20Castro%20V%C3%A9lez.pdf?sequence=2&isAllowed=y&fbclid=IwAR0jnpbnenye1WOQQD-vKY6LsxF9LzuAr_5xkJvO05Bs1rjq4qmP52BC9Y0

Casullo, M. y Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación UBA. CONICET.
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf

Centeno, M. (2020). *Resiliencia en cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual leve y moderada pertenecientes a la Fundación de Enseñanza Individual para Niños, Niñas y Adolescentes (EINA)* [Tesis de titulación, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20986/1/T-UCE-0007-CPS-259.pdf>

Cerquera, A. y Pabón, D. (2016). Resiliencia y Variables Asociadas en Cuidadores Informales de Pacientes con Alzheimer. *Revista de Psicología*, 25 (1), 33-46.
<https://www.redalyc.org/journal/804/804444652003/html/>

Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades y Ministerio de Salud Pública (2021). *Guía para atención de personas con discapacidad en la salud rural*.
https://familiavance.com/wp-content/uploads/2021/02/CONADIS-2017-Guia-para-atencion-de-personas-con-discapacidad-en-la-salud-rural_compressed_compressed_reduce.pdf

Cuevas, J. y Moreno, N. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14 (3), 207-208.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00207.pdf>

Cuidopía (2021). *Guía de programas de respiro familiar*. España: Johnson & Johnson y Janssen.
https://www.cuidopia.es/sites/default/files/guides/CUIDOPIA_guia_respiro_Asturias.pdf

Crespo, M. y Fernández, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de psicología*, 31 (1), 19-27.
https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n1/psico_clinica3.pdf

Dueñas, E., Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. y Herrera, J. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med*, 37 (1), 31- 38.
<http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v37n2s1/v37n2s1a05.pdf?msckid=81390dc0c19f11ec85ede418239aa03d>

Espíndola J, Morales, F., Díaz, E. Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., Carreño, J. y Ibarra, A. (2006). Malestar Psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en el paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatol Reprod Hum*, 20 (4), 112-22.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v20n4/v20n4a8.pdf>

Flores, F. (2022). *Asociación entre resiliencia y sobrecarga en los cuidadores primarios de pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad* [Tesis de Especialista Familiar, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez].
<http://148.210.21.138/bitstream/handle/20.500.11961/6108/Flores%20Alejandra%20TESIS%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fraga, G. (2015). *Resiliencia: un concepto que abre cuestionamientos sobre su construcción y desarrollo*. Uruguay: Facultad de Psicología.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8602/1/Fraga%2c%20Gimena.pdf>

García, J., García, Á., López, C. y Días, P. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Salud y drogas*, 16 (1), 59-68.
<https://redalyc.org/pdf/839/83943611006.pdf>

Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 20(1), 183-196.

https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/12.Limonero_20-1r.pdf

Losada, A., Montorio, I., Fernández, M. y González, M. (2006). Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Madrid: ARTEGRAF, S.A.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudio-01.pdf>

Martinez, M., Villalba, C. y García, M. (2001). Programas de respiro para cuidadores familiares. *Intervención Psicosocial*, 10 (1), 7-22.

http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/961/Art_MartinezMF_ProgramasRespiroCuidadores_2001.pdf?sequence=1

Ministerio de Inclusión Económica y Social, (2018). *Servicio de atención en centros diurnos de desarrollo integral para personas con discapacidad*. Quito: Subsecretaría de discapacidades.

Molina J, Iañez M, y Iañez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*, 15 (1): 33-43.

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/29115104.pdf>

Nhat, T. (2012). *La paz está en tu interior. Prácticas diarias de Mindfulness*. España: Espasa Libros, S. L. U.

Navarro, M. (2013). Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 34 (124),711-23.

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/sufrimientopsicologicoymalestaremocional.pdf>

Navarro, C., Uriostegui, L., Delgado, E. y Sahagún, M. (2017). Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55 (1), 1-16.

<https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297013/457749297013.pdf>

Nikulín, C. y Becker, G. (2015). Una metodología Sistémica y creativa para la gestión estratégica: Caso de Estudio Región de Atacama-Chile. *Journal of Technology Management & Innovation*, 10 (1), 127- 143. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/jotmi/v10n2/art09.pdf>

Omar, A. (2008). *Bienestar subjetivo y perspectivas de futuro como predictores de resiliencia en adolescentes*. México: Artes Gráficas.
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CAPITULO2007Bienestarsubjetivoperspectivasdefuturor
esilienciaenadolescentes.pdf

Organización Mundial de la Salud. (24 de noviembre de 2021). *Salud y discapacidad*.
Obtenido de la Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Páez, D. (1986). *Factores psicosociales y salud mental*. España: Ed. Fundamentos.
<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/da09cccd94358d10a465da2a6753886f.pdf?msclkid=7206b322c11e11ec9516fa863abed3cf>

Palomar, J. y Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos. *Revista Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.

Rangel, N. (2014). Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios. Cuidarnos para cuidar mejor, *Hospital General "Manuel Gea González"*.
<http://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/10/guia-de-solucion-de-problemas.pdf>

Rodríguez, M. y Gil, G. (2022). Psicoterapia Psicodinámica y Psicoterapia De Grupo: Conceptos e Intervenciones Terapéuticas. *Revista De Psicoterapia*, 33 (121), 27-40.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1118>

Rogero, J. (2009). Los tiempos del cuidado. *El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: IMSERSO. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO23622/Rogero_Garcia_10.pdf

Saavedra, E., Durán, C., Escalera, M., Mora, B., Pacheco, Á. y Pérez, M. (2018). *Discapacidad motora y Resiliencia en adultos*. Colombia: Ediciones CUR.
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-DiscapacidadMotoraYResilienciaEnAdultos-6676037.pdf

Tabango, G. (2021). *Efectos de la técnica de respiración diafragmática en pacientes post covid-19 con déficit respiratorio en el barrio de Mangahuantag en el periodo enero - abril del 2021* [Tesis de Titulación, Pontificia Universidad Católica Del Ecuador].
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/19782/TESIS%20GABRIEL%20TABANGO%2023-12-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Trujillo, M. (2012). *La resiliencia en la psicología social*. México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Vaca, M. (2019). *El estrés como desencadenante del comportamiento de las personas en condición de discapacidad en cuidadores-cuidadoras del centro diurno de desarrollo integral para personas con discapacidad de la ciudad de Loja 2018-2019* [Tesis de Titulación, Universidad Nacional de Loja].

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21609/1/MARY%20VACA.pdf>

Wagnild, G. y Young, H. (1993). Escala de resiliencia de Wagnild y Young (ER).
file:///C:/Users/Usuario/Documents/TESIS%20CARRERA%20DE%20PSICOLOGIA%20CLINICA/ESCALA_DE_RESILIENCIA_DE_WAGNILD_Y_YOUNG.pdf

Watermann, M. y Mozzi, V. (2006). *La noción de angustia y su articulación con el síntoma en la producción de Sigmund Freud entre 1923 y 1926*. Buenos Aires: XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-039/532>

Xus, M. (1992). El role-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social. *Comunicación, Lenguaje y Educación*, 15(1), 63-67.

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-

ElRoleplayingUnaTecnicaParaFacilitarLaEmpatiaYLaPe-126264.pdf

11. Anexos

Anexo 1. Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto de Investigación



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 7 de junio del 2022

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

De mi consideración:

Quien suscribe la presente, Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas Mgs. Docente de la Carrera de Psicología Clínica y en atención al Oficio. No. 273- C.PS.CL- FSH-UNL con fecha Loja, 30 de mayo de 2022, suscrito por la directora de la Carrera de Psicología Clínica; me permito dirigir a usted, para hacerle llegar, el informe denominado **"MALESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ABRIL- AGOSTO 2022"**, autoría de la señorita. Jennifer Fernanda Uchuari Quezada, informe que lo concreto en los siguientes términos:

1. La postulante ha corregido todas las observaciones que se le hicieron en las diferentes lecturas del proyecto en mención.
2. Se ha procedido a la constatación de los elementos que exige el reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, en lo que a la estructura y normas de redacción científica se refiere, por lo que se determina, con absoluta objetividad, que el documento está estructurado de acuerdo a la normatividad vigente.

Por lo puntualizado, el proyecto en tratamiento **ESTÁ BIEN ESTRUCTURADO Y EN COHERENCIA CON LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN PROPUESTAS POR LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.** En razón de lo cual, sugiero que la interesada debe seguir con su proceso de graduación, salvando vuestro más ilustrado criterio.

Es lo que puedo informar respecto de lo solicitado por su autoridad. Con sentimientos de consideración y estima personales.

Atentamente,



VANESSA
ROMINA PINEDA
ROJAS

Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas. Mgs. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Anexo 2. Asignación de Directora del Trabajo de Titulación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No.349- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 27 de junio del 2022

Psicóloga Clínica

Vanessa Romina Pineda Rojas Mgs

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

Ciudad. -

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, y acogiendo lo establecido en el Art. 228 del Reglamento de Régimen Académico 2021 de la Universidad Nacional de Loja, una vez emitido el informe favorable de pertinencia del Proyecto de Tesis titulado: **"MALESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ABRIL- AGOSTO 2022"**, de autoría de la Srta. Jennifer Fernanda Uchuari Quezada, estudiante del VIII ciclo, me permito designarle **DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR** y autorizo su ejecución.

Art. 228 en su parte pertinente dice: El director del trabajo de integración curricular o de titulación será responsable de asesorar y monitorear con pertinencia y rigurosidad científico-técnica la ejecución del proyecto y de revisar oportunamente los informes de avance, los cuales serán devueltos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la investigación. Cuando sea necesario, visitará y monitoreará el escenario donde se desarrolle el trabajo de integración curricular o de titulación

Particular que me permito informar, para los fines consiguientes y agradecerle su atención.

Atentamente,



ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/c. Jennifer Fernanda Uchuari Quezada.
Expediente estudiantil
Archivo

Anexo 3. Autorización Aprobada para realizar la Investigación en la Unidad Educativa Especializada “Ciudad de Loja N°2”



Loja, 20 abril de 2022

Señorita
Jennifer Fernanda Uchuari Quezada
En su Despacho

De mi consideración:

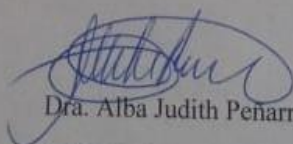
En respuesta.

Con un cordial y atento saludo y deseo de éxito en cada una de sus funciones, en base al oficio presentado, en el cual se solicita realizar un Trabajo de Integración Curricular sobre: **MALESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ABRIL - AGOSTO 2022.**

Me permito dar contestación al mismo, autorizando se realice la investigación referida, solicitando se tome en cuenta la autorización de los participantes. Para ello se tiene que coordinar las actividades con el Departamento de Psicología, para su previa organización y ejecución de la investigación planteada.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Dra. Alba Judith Peñarrieta



RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ESPECIALIZADA “CIUDAD DE LOJA N° 2”

Anexo 4. Autorización Aprobada para realizar la Investigación en el Centro Diurno de Atención Integral para Personas con Discapacidad (MIES)



Ministerio de Inclusión
Económica y Social

Oficio Nro. MIES-CZ-7-2022-0693-OF

Loja, 29 de abril de 2022

Asunto: MEDIANTE OFICIO N° 174-C-PS-CL-FSH-UNL, ABRIL DEL 2022 21 DE FECHA UNL, SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA QUE LA ESTUDIANTE EN REFERENCIA REALICE SU TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR EN LA INSTITUCIÓN

Señora Doctora
Ana Puertas Azanza
Gestora Académica de la Carrera de Psicología
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MIES-CZ-7-2022-1041-EXT, MEDIANTE OFICIO N° 174-C-PS-CL-FSH-UNL, DE FECHA 21 DE ABRIL DEL 2022, SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA QUE LA ESTUDIANTE EN REFERENCIA REALICE SU TRABAJO DE DE INTEGRACIÓN CURRICULAR EN LA INSTITUCIÓN.

En calidad de Coordinador Zonal 7 del MIES, basado en el convenio vigente suscrito entre el MIES y la UNL, que tiene como objetivo la vinculación de estudiantes para la ejecución de prácticas de Servicio Comunitario, Proyectos de Vinculación y Proyectos de Investigación, cuya base legal es la Ley Orgánica de Educación Superior, Ley de la Juventud y la Misión Leonidas Proaño, doy por aceptada la petición y autorizo la ejecución del proyecto de investigación a Jennifer Fernanda Uchuari.

Tutora asignada por el MIES: Dra. Ruth Silva
Fecha de inicio: martes 03 de mayo del 2022
Dirección: Av. Pio Jaramillo y Juan Zenea
Proceso: Discapacidades
Unidad: Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Juan Carlos Moreno Jaramillo
COORDINADOR ZONAL 7

Referencias:
- MIES-CZ-7-2022-1041-EXT

Anexos:
- of_174_unl.pdf



firmado electrónicamente por:
**JUAN CARLOS
MORENO
JARAMILLO**

Anexo 5. Certificación del Abstrac



FINE-TUNED ENGLISH LANGUAGE INSTITUTE

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. Maria Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER - FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del trabajo de titulación **"MALESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ABRIL- AGOSTO 2022."**, autoría de **Jennifer Fernanda Uchuari Quezada** con número de cédula **1150754263**, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 06 de septiembre del 2022

Ing. Maria Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuerte y Miguel Riofrío - Teléfono: 072678899
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec

Anexo 6. Consentimiento Informado



Carrera de
Psicología
Clínica

Consentimiento Informado

Yo, _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en la investigación titulada **MALESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA CIUDAD DE LOJA** a cargo de **Jennifer Fernanda Uchuari Quezada** en calidad de estudiante y **Psc. Cl. Vanessa Pineda Rojas**, en calidad de directora de Trabajo de Integración Curricular, de la carrera de **Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja**, durante el periodo Abril – Agosto 2022.

Mi participación en el estudio no acredita retribución de ningún tipo y consiste en dar respuesta a la aplicación de reactivos psicológicos como el “inventario de Síntomas SCL-90-R” y la “Escala de resiliencia de Wagnild y Young”. Estoy en pleno conocimiento que toda la información registrada será confidencial, no se revelarán datos personales, y que los resultados se usarán para fines estrictamente académicos y de divulgación científica.

En base a lo expuesto, declaro que **acepto** participar voluntariamente en este estudio, pudiendo retirarme del mismo en cualquier fase, sin perjuicio personal o legal; y que he recibido una copia del presente documento.

Firma participante:

Fecha:

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con:
Jennifer Fernanda Uchuari Quezada, Cel: 0999467285

Anexo 7. Ficha Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA			
Sexo	Hombre () Mujer ()	Edad	18 a 30 () 31 a 45 () 46 a 65 () Más de 65 ()
Estado civil	Casado/a () Soltero/a () Divorciado/a () Otro.....	Grado de instrucción	Primaria () Secundaria () Tercer nivel () Otro
Ocupación	Trabajo de tiempo completo () Trabajo de medio tiempo () No trabajo ()	Nivel socioeconómico	Bajo () Medio () Alto ()
Parentesco con la persona a cargo.	Padre () Madre () Hermano/a () Otro		
Tipo de discapacidad de la persona que cuida.	Física () Mental () Intelectual () Sensorial ()		
Horas dedicadas al cuidado.	3 a 5 horas () 5 a 10 horas () 10 a 15 horas () Mas de 15 horas ()		
Actividades que realice en su tiempo libre:	Deporte () Música () Descanso () Otro ()		
¿A quién recurre cuando necesita ayuda en el cuidado de su familiar con discapacidad?	Familiar () Amigo/a () Vecino/a () Otro ()		
<i>Gracias por sus respuestas.</i>			

Anexo 8. Inventario de Síntomas SCL-90-R

(Derogatis, 1999 como se citó en Casullo y Pérez, 2008).

Nombre..... Edad: Fecha de hoy:

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					

18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada(o) o encerrado (a).					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque medan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					

54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aun estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

Anexo 9. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

(Wagnild y Young, 1993).

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de frases que te permitirán pensar acerca de su forma de ser. Deseamos que conteste a cada una de las siguientes afirmaciones y marque la respuesta que describa mejor cuál es su forma habitual de actuar y pensar. Siendo las alternativas de respuesta:

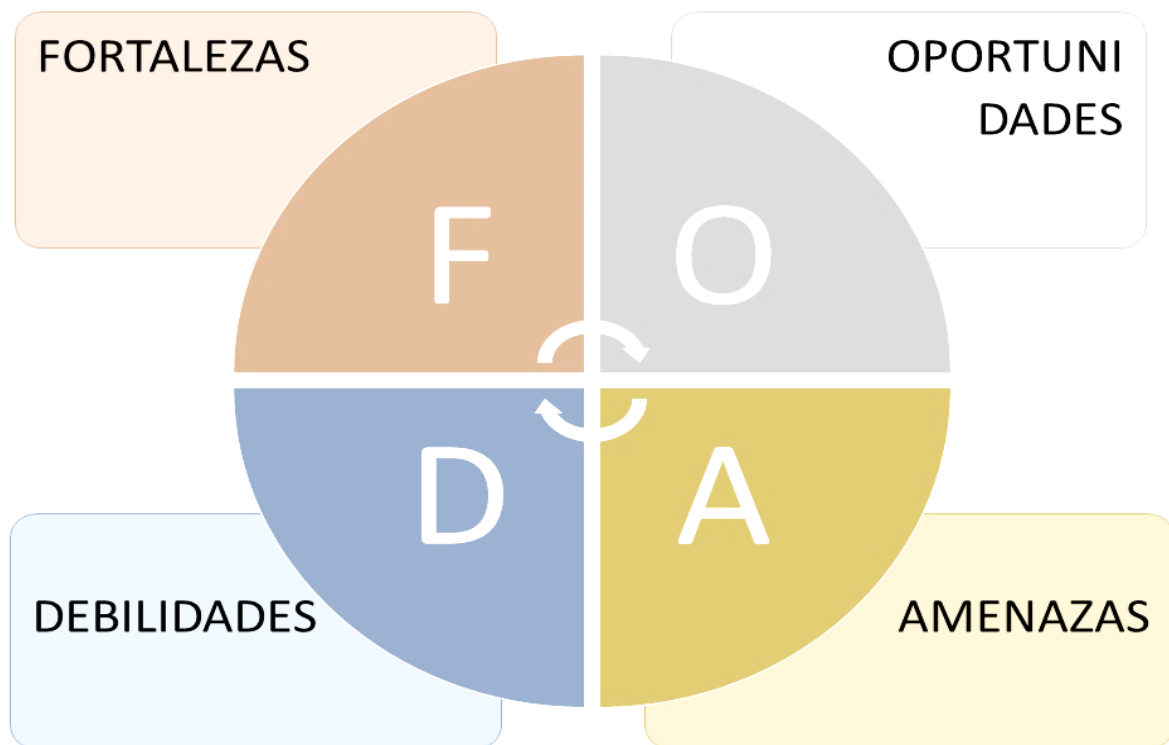
Totalmente en desacuerdo (1)
Desacuerdo (2)
Algo en desacuerdo (3)
Ni en desacuerdo ni de acuerdo (4)
Algo de acuerdo (5)
Acuerdo (6)
Totalmente de acuerdo (7)

No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Procure responder a todas las frases. Recuerde responder con espontaneidad, sin pensar mucho. “Puede empezar.”

ITEMS	En desacuerdo / En acuerdo						
	1	2	3	4	5	6	7
1.- Cuando planeo algo lo realizo							
2.- Frente a un problema generalmente me las arreglo de una manera u otra							
3.- Dependo más de mí misma que de otras personas							
4.- Es importante para mí mantenerme interesada de las cosas que suceden a mi alrededor							
5.- Puedo estar sola si tengo que hacerlo							
6.- Me siento orgullosa de haber logrado cosas en mi vida							
7.- Usualmente veo las cosas a largo plazo							
8.- Soy amiga de mí misma							
9.- Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo							
10.- Soy decidido (a)							
11.- Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo							
12.- Tomo las cosas una por una							
13.- Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente							
14.- Tengo autodisciplina							

15.-Me mantengo interesada en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16.- Por lo general encuentro algo de que reírme	1	2	3	4	5	6	7
17.- El creer en mí misma me permite atravesar tiempos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
18.- En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
19.- Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	1	2	3	4	5	6	7
20.- Algunas veces me obligo hacer cosas que no quiera	1	2	3	4	5	6	7
21.-Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22.- No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada	1	2	3	4	5	6	7
23.- Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida	1	2	3	4	5	6	7
24.-Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	1	2	3	4	5	6	7
25.- Acepto que hay personas a las que yo no les agrado	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 10. FODA Personal



Anexo 11. Lectura Reflexiva

Cuento 1. El roble y el junco

Cuentan que una vez crecieron juntos un junco y un roble. Al cabo de un tiempo el roble se hizo un enorme y engreído árbol que menospreciaba al junco burlándose de esta manera:

-¡Qué pequeño y débil eres! Ni siquiera tienes ramas y tu tronco no aguantaría ni un tronco de kilo. Yo, sin embargo, soy grande, tengo poderosas ramas y mi tronco es mil veces más robusto que el tuyo. No sé ni siquiera por qué te hablo.

Un día un tornado arrasó la comarca y mientras que el roble se oponía a la fuerza del aire con toda su fuerza y vigor, el junco se movía al ritmo del tornado, el cual fue tan fuerte que terminó arrancando al roble.

Cuando llegó la calma, el junco se mantenía en pie porque no se opuso a la enorme fuerza que le atacaba, sino que supo ser flexible mientras que el roble cayó por creerse invulnerable.



Ante la adversidad no seas rígido e inflexible como el roble porque la fuerza de los vientos terminará por devastarte.

Sé como el junco, muévete a la par de los fuertes vientos y así, cuando todo pase aún podrás seguir de pie.

Anexo 12. Ejercicio de Solución de Problemas

Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios (Rangel, 2014).

Paso 1. Definir el problema

En este paso haremos una lista de todos los problemas que estamos viviendo en este momento. En los espacios que siguen escriba los problemas actuales a los que se está enfrentando al ser cuidador de un familiar dependiente.

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

Como pudo darse cuenta al frente de cada línea hay un paréntesis, escriba dentro de él el orden de importancia de cada uno de los problemas. Asigne el número 1 al problema que más le preocupa en este momento, el dos al segundo más preocupante y así hasta asignar al cinco al problema que en este momento el que le preocupa menos.

Paso 2. Buscar soluciones

Ahora que ya identifica cuál es el problema más angustiante para usted nos dedicaremos a buscarle soluciones. En las líneas siguientes escriba todas las soluciones que se le ocurren para arreglar este problema. Escriba todas las que se le vengan a la cabeza; en este momento no existen soluciones buenas o soluciones malas, solo son soluciones.

Posibles soluciones

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Paso 3. Toma de decisiones

Ahora que tiene algunas soluciones es momento de decidir cuál o cuáles son las mejores. Para eso vamos a ocupar la tabla que sigue. En la primera columna escriba cada una de las soluciones que propuso en el paso anterior.

Lo que puedo hacer para solucionar el problema es	¿Me sentiré mejor física y emocionalmente si lo hago?	¿Los demás se sentirán bien si lo hago?	Me sentiré bien por mucho tiempo	Necesito muchas cosas para hacerlo

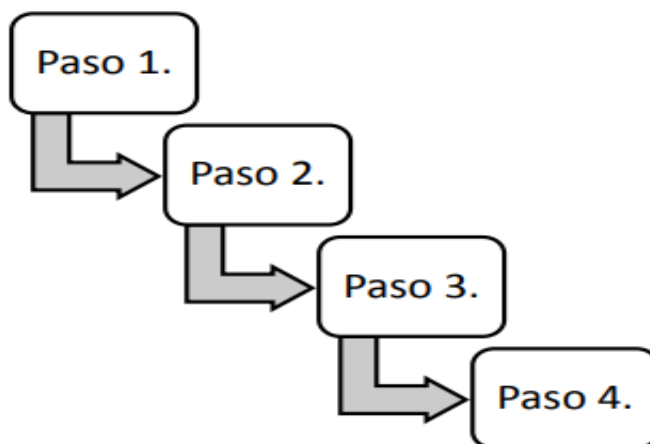
Ya que escribió las soluciones ponga taches (X) o palomitas (/) en las siguientes columnas. Los taches significan que la solución no es buena, mientras que las palomitas indican que es una opción adecuada

La(s) mejor(es) soluciones serán aquellas que tengan más palomitas.

Paso 4. Puesta en práctica

Ahora que ya conocemos las soluciones más eficaces podemos echarlas andar. Probablemente encontrará algunas limitaciones para solucionar su problema, entonces necesitará volver a empezar el ejercicio. A continuación escriba cada uno de los pasos que usted tiene que dar para poner en marcha su plan.

Mi plan es:



Anexo 13. Práctica de Autocompasión “Uso de Gestos”

(Brito, 2016).

PRÁCTICA DE AUTO-COMPASIÓN. USO DE GESTOS

Práctica realizada por Gonzalo Brito en el Congreso de Mindfulness de Zaragoza 2016

Cuando lo indique se ponen de pie y les voy a pedir que hagan una serie de gestos. Si algo no se entiende abres los ojos, lo observas y vuelves al ejercicio. Mantente abierto a la experiencia que surja: “esto es raro”, “esto es nuevo” ... Mantén mucha apertura al exterior. Nos ponemos de pie, si tiene gafas mejor quítatelas. Se invita a “atender al cuerpo” notando las sensaciones corporales y tomando 3 respiraciones profundas. Subir los hombros con cada inspiración y soltar los hombros al exhalar. Notando la experiencia interna y las sensaciones corporales. Reconociendo cómo se siente el ser soportado sobre el cuerpo, cómo se siente que los brazos caigan libremente a tus lados.

Lleva una de tus manos a tus mejillas y apoya tu mano sobre tu mejilla, notando la sensación de tacto y temperatura. Incluso puede poner tu cabeza de lado como si tu mano sostuviera tu rostro, notando esta experiencia con apertura, con una atención presente. Lleva ahora tu otra mano a tu otra mejilla como si tuvieras una cuna sobre la cual se encuentra tu rostro, descansando. Notando la experiencia interna. Llevando ahora la primera mano que ha tocado tu rostro a la altura de tu corazón manteniendo tu otra mano en la mejilla. Notando el tacto, la presión sobre tu pecho, notando las sensaciones de calor. Reconociendo la experiencia emocional, la velocidad de tu corazón. Lleva ahora la mano de la mejilla sobre la mano que está sobre el pecho, trayendo a esta práctica tus recursos de mindfulness, de calidez, amabilidad.

Lleva ahora una de tus manos que está en el pecho al vientre, debajo del ombligo, notando el calor, la sensación de soporte, la velocidad interna de tus emociones, la atmósfera que hay en tu mente, llevando la mano que está en el pecho encima de la mano que está en el vientre. Aterriza una y otra vez en el cuerpo, volviendo a casa una y otra vez. Llevando ahora tus manos hacia el hombro opuesto, tomando el hombro izquierdo con tu mano derecha y tu hombro derecho con tu mano izquierda. Puedes incluso hacer alguna caricia de tus dedos pulgares sobre tus hombros, con conciencia plena en tu experiencia. Por último, Suelta ahora este gesto permitiendo que una de tus manos haga de soporte a la otra mano ahí frente a ti, como si una mano fuese una cuna para la otra mano. Notando la temperatura de las manos, el tacto y ahora te invito a que, con esta experiencia en tu cuerpo, en tu mente,

en tus emociones, liberes el gesto permitiendo que tus brazos caigan libremente a tus lados tomando una o dos respiraciones profundas reconociendo tu experiencia interna y cuando tú lo decidas te invito a que abras tus ojos y tomes asiento cómodamente.

Anexo 14. Encuesta de Satisfacción del Plan de Prevención Psicológico

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PLAN DE PREVENCIÓN PSICOLÓGICO

A continuación, le solicitamos evaluar el taller en el que ha participado. Esta evaluación nos ayudará a mejorar aspectos, e incluir temas de su interés para próximos talleres.

Nombre del Plan: Plan de Prevención Psicológico para Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad

Fecha: _____

1. En general, ¿Qué tan satisfecho estuvo con el Plan de Prevención Psicológico?
Muy malo () Malo () Regular () Bueno () Muy bueno ()
2. ¿Considera que los talleres brindados fueron de utilidad?
Sí () No ()
3. ¿Los contenidos, dinámicas y actividades han cubierto sus expectativas?
Sí () No ()
4. ¿Qué tema o actividad le pareció relevante para aplicarlo en su rol como cuidador?
Sí () No ()
5. ¿Usted está usando las estrategias brindadas en los talleres?
Sí () No ()
6. ¿Ha notado algún cambio en su actitud frente al cuidado de su familiar con discapacidad?
Sí () No ()
7. ¿Qué temas le gustaría trabajar en un próximo taller?

Gracias por su participación

Anexo 15. Matriz de Datos en Excel

Excel interface showing a data matrix for 'Centro Diurno de Atención Integ'. The table includes columns for demographic and socio-economic data, and a grid of 20 performance indicators (P1-P20).

N de participante	Sexo	Edad	Estado Civil	Instrucción	Ocupación	Nivel socioeconómico	Parentesco	Tipo de discapacidad	Horas de cuidado	Delegación del cuidado	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	
1	Mujer	46 a 65	Unión libre	Tercer Nivel	Medio Tiempo	Medio	Hija/o	Intelectual	3 a 5	Familiar	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	4	0	2	0	0	0	0	2	0
2	Mujer	46 a 65	Soltero/a	Tercer Nivel	Medio Tiempo	Bajo	Madre	Intelectual	10 a 15	Familiar	0	2	0	0	0	0	1	1	0	3	1	1	2	0	0	4	0	0	0	4	
3	Mujer	46 a 65	Casado/a	Tercer Nivel	No trabajo	Medio	Madre	Intelectual	11 a 15	Familiar	0	2	0	0	0	0	0	1	4	0	0	2	0	0	3	0	0	4	0	0	
4	Mujer	46 a 65	Casado/a	Tercer Nivel	No trabajo	Medio	Hermana	Intelectual	3 a 5	Ninguno	2	0	2	0	3	2	0	3	2	0	2	2	0	0	0	0	0	2	0	2	
5	Mujer	46 a 65	Casado/a	Secundaria	No trabajo	Medio	Madre	Intelectual	10 a 15	Familiar	2	3	0	1	4	0	2	0	3	2	0	3	0	3	0	3	0	4	2	0	
6	Mujer	46 a 65	Casado/a	Primaria	No trabajo	Medio	Madre	Intelectual	10 a 15	Familiar	2	3	0	2	0	1	0	4	4	1	2	0	1	0	1	0	1	0	4	2	4
7	Mujer	46 a 65	Casado/a	Tercer Nivel	No trabajo	Medio	Padre	Intelectual	3 a 5	Familiar	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Mujer	46 a 65	Casado/a	Primaria	No trabajo	Bajo	Madre	Intelectual	10 a 15	Ninguno	3	0	0	3	0	0	3	2	0	4	2	2	0	0	3	0	3	0	0	0	
9	Mujer	46 a 65	Divorciada	Primaria	No trabajo	Bajo	Madre	Intelectual	5 a 10	Ninguno	4	1	0	1	0	0	0	3	2	4	2	0	3	0	0	3	1	3	1	0	
10	Mujer	Más de 65	Soltero/a	Primaria	No trabajo	Bajo	Madre	Intelectual	5 a 10	Familiar	3	4	1	3	0	1	1	4	2	1	3	2	0	2	0	0	0	0	3	3	0
11	Mujer	31 a 45	Casado/a	Tercer Nivel	Tiempo completo	Medio	Sobrin/a	Intelectual	10 a 15	Empleada	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12	Mujer	31 a 45	Casado/a	Primaria	No trabajo	Bajo	Madre	Sensorial	5 a 10	Familiar	4	4	0	3	1	0	2	0	2	3	1	0	3	0	3	0	3	0	3	1	0
13	Mujer	31 a 45	Casado/a	Primaria	Medio Tiempo	Bajo	Padre	Intelectual	10 a 15	Familiar	2	1	1	3	0	0	0	0	2	0	2	4	3	0	0	2	2	0	0	1	0
14	Mujer	31 a 45	Casado/a	Secundaria	Medio Tiempo	Bajo	Madre	Intelectual	5 a 10	Familiar	4	4	1	3	1	0	1	2	1	3	0	4	0	1	1	0	4	1	0	1	0
15	Mujer	31 a 45	Soltero/a	Tercer Nivel	Medio Tiempo	Medio	Sobrina	Intelectual	3 a 5	Familiar	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0
16	Mujer	46 a 65	Divorciada	Primaria	No trabajo	Bajo	Hermana	Mental	5 a 10	Familiar	0	0	1	0	1	1	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3
17	Mujer	46 a 65	Casado/a	Tercer Nivel	No trabajo	Medio	Madre	Intelectual	3 a 5	Familiar	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
18	Mujer	31 a 45	Soltero/a	Tercer Nivel	No trabajo	Bajo	Hermano/a	Física	5 a 10	Familiar	3	4	1	3	0	0	1	3	1	4	4	2	0	4	0	0	3	3	1	1	0
19	Mujer	18 a 30	Soltero/a	Primaria	Medio Tiempo	Medio	Madre	Intelectual	Más de 15 horas	Familiar	0	1	0	0	0	0	2	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
20	Mujer	18 a 30	Soltero/a	Tercer Nivel	No trabajo	Medio	Sobrin/a	Física	3 a 5	Familiar	2	0	0	1	0	0	3	0	0	4	0	4	0	3	0	0	2	2	0	0	0
21	Mujer	46 a 65	Unión libre	Secundaria	Medio Tiempo	Medio	Hijo/a	Intelectual	3 a 5	Familiar	0	3	0	1	0	1	2	3	3	4	0	3	0	4	0	1	0	1	0	0	1
22	Mujer	Más de 65	Casado/a	Secundaria	No trabajo	Medio	Madre	Intelectual	5 a 10	Familiar	2	2	3	3	2	0	2	4	0	0	3	0	3	4	0	4	0	4	2	0	0
23	Mujer	46 a 65	Casado/a	Secundaria	No trabajo	Medio	Madre	Intelectual	10 a 15	Ninguno	0	3	1	3	0	0	1	3	3	3	4	1	1	0	0	3	1	0	0	3	0
24	Mujer	31 a 45	Casado/a	Tercer Nivel	No trabajo	Medio	Suegra	Intelectual	3 a 5	Familiar	2	4	4	0	0	2	4	4	2	1	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0
25	Mujer	31 a 45	Casado/a	Tercer Nivel	No trabajo	Bajo	Prima	Intelectual	3 a 5	Familiar	3	2	0	2	0	0	4	2	4	2	0	0	4	0	0	2	4	1	0	0	0
26	Mujer	31 a 45	Casado/a	Tercer Nivel	Medio Tiempo	Medio	Madre	Intelectual	5 a 10	Familiar	0	1	0	1	0	0	3	4	2	2	4	0	2	0	0	2	3	0	0	0	0
27	Mujer	31 a 45	Soltero/a	Secundaria	No trabajo	Bajo	Hijo/a	Sensorial	10 a 15	Familiar	1	1	0	1	1	0	0	2	1	3	0	2	0	3	0	0	2	3	4	2	0

Excel interface showing a data matrix for 'Centro Diurno de Atención Integ'. The table includes columns for demographic and socio-economic data, and a grid of 24 performance indicators (P1-P24) plus a TOTAL column.

N de participantes	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	TOTAL
38	2	4	2	1	3	1	1	1	4	1	2	1	1	1	4	2	1	4	5	4	1	4	1	1	53
39	7	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	4	7	7	7	170
40	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	173
41	6	6	5	6	6	7	6	6	6	6	6	5	5	6	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	136
42	3	2	6	6	6	7	5	6	5	2	6	6	3	6	6	8	5	5	5	1	4	1	5	5	119
43	2	7	1	2	7	4	7	7	7	3	7	7	4	7	7	7	7	7	4	4	7	4	4	2	135
44	1	1	1	4	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	31
45	6	5	6	7	6	6	3	6	6	6	6	6	6	6	6	7	6	6	6	6	7	6	7	6	151
46	6	6	6	6	6	6	5	6	2	6	5	6	2	6	8	5	6	6	2	6	6	6	5	6	130
47	5	5	4	5	5	2	1	7	1	6	1	5	2	6	2	5	5	2	1	1	6	1	5	5	90
48	7	8	7	6	7	7	4	7	7	5	6	7	7	6	6	7	7	7	3	7	6	6	7	6	160
49	7	7	5	4	7	7	6	5	4	6	5	4	4	6	6	7	7	6	4	5	3	7	7	7	143
50	1	7	7	7	7	5	7	2	1	7	6	7	7	4	7	7	7	5	7	7	7	5	7	7	142
51	7	7	6	6	7	7	3	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	162
52	2	6	4	6	2	6	4	7	7	7	1	4	1	7	6	5	6	6	3	1	6	1	7	7	115
53	6	6	6	6	6	6	6	6	1	2	6	7	6	6	1	6	6	7	7	4	6	1	2	7	129
54	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	4	5	6	5	4	5	6	6	2	6	4	6	3	2	127
55	1	1	1	5	1	1	7	7	7	5	7	7	7	6	6	2	7	2	7	2	7	2	7	6	122
56	6	6	5	7	7	6	6	5	6	5	6	5	6	5	7	7	4	5	6	7	6	6	7	147	
57	2	6	6	7	5	7	1	6	5	7	6	5	4	3	7	7	2	5	6	7	2	5	6	128	
58	1	7	1	4	1	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	4	1	2	1	2	1	1	43	
59	6	6	6	2	6	2	6	2	6	2	6	6	6	6	5	6	6	2	2	6	2	4	6	119	
60	7	6	7	5	7	6	5	6	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	1	6	6	120	
61	7	7	4	4	7	7	4	7	1	7	1	7	1	7	7	7	7	4	7	4	7	4	7	4	133
62	7	7	6	7	7	6	7	7	4	3	7	7	7	7	4	6	1	7	7	7	7	7	7	156	
63	1	2	1	1	2	1	1	5	1	5	1	5	1	6	1	4	2	1	1	4	1	1	2	53	
64	5	5	5	1	6	6	7	2	7	5	6	2	5	3	6	6	7	3	4	1	6	3	6	116	
65	5	5	4	7	7	3	7	7	7	4	2	7	7	7	7	7	7	7	1	7	7	7	7	150	
66	6	6	6	6	6	6	6	5	6	1	6	5	6	6	6	6	5	5	6	5	6	6	5	139	

Anexo 16. Tablas Complementarias

Tabla 13

Distribución de los Cuidadores Primarios por Instrucción Académica

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	21	28,8%
Secundaria	27	37,0%
Tercer Nivel	25	34,2%
Total	73	100,0%

Tabla 14

Tiempo de Ocupación del Cuidador Primario de la Persona con Discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo de tiempo completo	13	17,8%
Trabajo de medio tiempo	22	30,1%
No trabaja	38	52,1%
Total	73	100,0%

Tabla 15

Parentesco con la Persona con Discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje
Madre	47	64,4%
Padre	7	9,6%
Hermano/a	5	6,8%
Hijo/a	3	4,1%
Otros	11	15,1
Total	73	100,0%

Tabla 16

Delegación del Cuidado de la Persona con Discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje
Familiar	64	87,7%
Empleado/a	1	1,4%
Nadie	8	11,0%
Total	73	100,0%

Tabla 17

Principales Factores: Características de Resiliencia en Cuidadores Primarios de Personas con Discapacidad

DIMENSIONES		Baja	Media Baja	Media	Media Alta	Alta	Total
Confianza en sí mismo	Frecuencia	11	10	42	10	0	73
	Porcentaje	15,1%	13,7%	57,5%	13,7%	0%	100%
Ecuanimidad	Frecuencia	12	13	27	10	11	73
	Porcentaje	16,4%	17,8%	37%	13,7%	15,1%	100%
Perseverancia	Frecuencia	14	10	42	7	0	73
	Porcentaje	19,2%	13,7%	57,5%	9,6%	0%	100%
Satisfacción personal	Frecuencia	10	19	24	20	0	73
	Porcentaje	13,7%	26%	32,9%	27,4%	0%	100%
Sentirse bien solo	Frecuencia	3	13	36	21	0	73
	Porcentaje	4,1%	17,8%	49,3%	28,8%	0%	100%