



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.**

---

---

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25**

**TESIS PROFESIONAL**

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO  
EN EL DESGASTE DEL CUIDADOR CRÓNICO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**CRHISTIAN DE JESÚS JIMÉNEZ RODRÍGUEZ**

**ASESOR:**

**PSIC. ANABEL VILLAFANA GARCIA**

**ORIZABA, VER.**

**2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Agradecimientos

*A mis padres por darme la oportunidad de vivir,*

*A mi hermano por su apoyo incondicional,*

*A mis amigos por ser una segunda familia,*

*A mis profesores por todo lo enseñado,*

*Y a Dios, por demostrarme lo que es el amor.*

# ÍNDICE

|   |          |
|---|----------|
| <b>Resumen.....</b>   | <b>5</b> |
| <b>Introducción.....</b>  | <b>6</b> |
| <b>Capítulo I. Estrés y Afrontamiento</b>                       |          |
| 1.1. Estrés.....  | 8        |
| 1.2 Afrontamiento y sus estrategias.....                        | 17       |
| 1.3 Psicología de la Salud.....                                 | 31       |
| <b>Capítulo II. Cuidador</b>                                    |          |
| 2.1 Familia .....   | 40       |
| 2.2 Síndrome del Desgaste del Cuidador.....                     | 47       |
| 2.3 Salud Mental del Cuidador .....                             | 55       |
| <b>Capítulo III. Modelo y Área Psicológica</b>                  |          |
| 3.1 Modelo.....   | 62       |
| 3.2 Técnicas.....   | 75       |
| 3.3 Área de la Psicología.....                                  | 80       |
| <b>Capítulo IV. Metodología</b>                                 |          |
| 4.1. Planteamiento del Problema.....                            | 83       |
| 4.1.1. Pregunta de Investigación.....                           | 85       |
| 4.1.2. Justificación.....                                       | 85       |
| 4.1.3. Formulación de la Hipótesis.....                         | 86       |
| 4.1.4. Determinación de las Variables y Operacionalización..... | 86       |

|   |            |
|---|------------|
| 4.1.5. Objetivos de la Investigación..... | 87         |
| 4.2. Enfoque de la Investigación.....     | 88         |
| 4.3. Alcance de la Investigación.....     | 89         |
| 4.4. Diseño de la Investigación.....      | 89         |
| 4.5. Tipo de investigación.....           | 90         |
| 4.6. Población y Muestra.....             | 90         |
| 4.7. Contextos y Escenarios.....          | 91         |
| 4.8. Instrumentos.....                    | 91         |
| 4.9. Procedimientos.....                  | 93         |
| <b>Capítulo V. Análisis de resultados</b> |            |
| 5.1. Resultados Generales.....            | 96         |
| 5.2. Resultados Particulares.....         | 100        |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>                  | <b>110</b> |
| <b>REFERENCIAS.....</b>                   | <b>115</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                        | <b>119</b> |

## Resumen

En esta investigación se realizaron estudios acerca de las Estrategias de Afrontamiento de los cuidadores de enfermos crónicos, se abordó el afrontamiento, las fases para definir una respuesta y los tipos de estrategias de afrontamiento, y como de mantener una inadecuada respuesta a la situación, puede desencadenar en el desgaste, ahondando en la temática, se profundizó en la Psicología de la Salud, buscando resaltar la importancia de un modelo de psicológico de la salud y las necesidades para emplearlo correctamente, para complementar el estudio se centró también en el cuidador para obtener una visión más amplia de los tipos de cuidadores y cómo se generan cada uno y cuáles son los puntos que son relevantes para el continuo cuidado, como el desgaste del cuidador, las necesidades de un enfermo crónico y lo que conlleva para un desarrollo de una adecuada Salud Mental.

## Introducción

Para la siguiente investigación se enfocó en el desgaste que se genera en los cuidadores, debido a que gran cantidad de personas se encuentran en la atención de un paciente, y priorizan las necesidades del padecimiento, es en esas circunstancias donde cada uno refleja la estrategia que utiliza para afrontar y mejorar su situación, sin embargo, el incorrecto manejo de los problemas, puede repercutir en la salud y homeostasis del cuidador y empeorar de no trabajar en ello.

En el Capítulo I, se abordan los temas relacionados al afrontamiento en particular comenzando con la información acerca del estrés, enfocado en el concepto, los tipos de estrés, cuáles son las clasificaciones dependiendo de cómo se generan, como se manifiestan en la persona, las fases que conlleva y las consecuencias de ser mantenidas, todo esto como consecuencia de un inapropiado afrontamiento, por lo cual se buscó entender, qué es, las etapas o procesos que pasan para llegar a las estrategias y como diferenciar según a que vallan dirigidos a solucionar y resaltando porque es necesaria una atención centrada en los pacientes y cuidadores en un modelo psicológico de la salud.

Para el Capítulo II, se enfoca en el estudio de los cuidadores, primero abordando las temáticas familiares como los tipos de familia, jerarquías, funciones, y relacionándolos con la relevancia que genera como entorno principal del paciente, con el cuidador primario, ya sea por parte de un vínculo cercano o profesional, resaltando las enfermedades crónicas y los factores relevantes que desgastan del continuo cuidado y todo el contexto que influye en que se mantenga.

Como Capítulo III, se explora el enfoque psicológico en el cual se desarrolla la investigación, utilizando el modelo Cognitivo-Conductual se profundiza en los antecedentes, así como sus principales exponentes como Ellis, Beck y Kelly, donde se menciona su introducción en el enfoque y sus principales aportaciones, como complemento se abordaron aquellas técnicas que son utilizadas como recursos para emplear en el campo, basadas en los fundamentos del enfoque, y el área clínica para comprender como se desarrolla la investigación en el ámbito de la salud mental del cuidador.

Continuando en el Capítulo IV, se enfatiza en desarrollo de la investigación, involucrando los datos que aportan mayor claridad, como son el planteamiento del problema, las justificantes, preguntas de investigación e hipótesis del estudio, así como definir las variables, objetivos, alcances, diseños que fueron empleados para una adecuado análisis , examinando y describiendo las características de la aplicación y evaluación como población, contexto, instrumentos, y los procedimientos a realizar posteriores, con los resultados.

En el Capítulo V, se abordan las temáticas con respecto a los resultados de las evaluaciones realizadas sobre desgaste del cuidador y estrategias de afrontamiento, a través del programa estadístico SPSS, se realizaron gráficas y tablas sobre los análisis de datos, que permiten una relación sobre los factores que se involucran e influyen en las variables.

Por último, se presentan las conclusiones de la presente investigación, así como las referencias utilizadas.



# CAPÍTULO I

## ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

### 1.1 Estrés

Los individuos a lo largo de la vida presentan distintas condiciones que influyen en la estabilidad del entorno, como un proceso de regulación se cuenta con distintas estrategias que nos permiten responder a las demandas que se nos solicitan, es por ello que resulta necesario comenzar hablando acerca del estrés.

El concepto Estrés ha ido evolucionando a lo largo del tiempo se comenzó a identificar para referirse a experiencias negativas como adversidades, dificultades, sufrimiento entre otras, hasta que este fue asociado con tres conceptos que se usaban de referencia con características físicas de los cuerpos los cuales fueron la carga, la distorsión y el estrés, tomando cada uno de ellos una definición, la carga era este acontecimiento externo que se realizaba sobre un cuerpo y el estrés era el suceso interno que ocurría sobre el cuerpo generando una distorsión, que era el resultado o deformación que producía a través de la carga y el estrés, con el tiempo estos conceptos fueron tomando fuerza en la conceptualización del estrés tomando nuevos nombres, a la carga se le denominó estresor para hacer referencia a ese inductor del estrés, el estrés como el suceso que desencadena el estresor en el cuerpo y distorsión como la respuesta individual al estresor, permitiendo este concepto ser las bases de la teoría general del estrés (Mayordomo, 2013, pp. 13-18).

Palmero (2002, p.424) menciona que:

El Estrés es un proceso psicológico originado ante una exigencia al organismo, frente a la cual no tiene los recursos para dar una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia, que permite recoger más información, procesarla e interpretarla, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda.

Así mismo, Selye, dice que Estrés es un proceso que es adaptativo desde origen, y pone en marcha una serie de mecanismo de emergencia, necesarios para la supervivencia del individuo, y que en circunstancias específicas sus consecuencias se tornan negativas (Palmero et al, 2002, p.424).

Por otra parte, hay que definir el Estrés, es una de las definiciones más formales que encontramos es de la Organización Mundial de la Salud, menciona al Estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción” (Palmero et al, 2002, p.424).

Al hablar de estrés, McEwen et al (2005) (citado por Molina et al., 2008, p.354) lo definen como “una amenaza ante la cual el organismo requiere ajustes adaptativos que le permitan mantener la homeostasis asegurar la supervivencia con base en su experiencia, su predisposición biológica y el estado en el que se encuentre el organismo”.

Según la definición de Chrousos y Gold (1992) (citado por Florencia, 2012, p.1):

Se puede definir al Estrés como un estado de falta de armonía o una amenaza a homeostasis. La respuesta adaptativa puede ser específica, o generalizada y no específica. Así, una perturbación en la homeostasis resulta en una cascada de respuestas fisiológicas y comportamentales.

Ahondando en otro punto, hay que diferenciar que existen 2 tipos de estrés, que son el estrés positivo o eustress, el cual está presente cuando el estresor es controlado predecible e incluso buscado por la persona, y el estrés negativo o distress, presente cuando el estresor no controlable o impredecible por la persona (Palmero et al, 2002, p.426)

Para poder distinguir qué influye para que esté presente uno de estos tipos de estrés, Selye menciona los siguientes 3 factores determinantes (Palmero et al., 2002, pp.426-427):

1. El grado de control que se puede ejercer sobre estresor, el factor que determina que sea controlable o no, es la probabilidad de que el individuo conozca cómo responder ante el estresor, la reacción se ve influenciada por la habilidad de asociar las consecuencias que puede traer su respuesta y la percepción que maneja ante la falta de conocimiento del estresor.
2. La dificultad para ejercer dicho control, se ve influenciada por la probabilidad de que el evento o acontecimiento ocurra, es decir, entre más se desconoce de si la situación o estímulo que genera el estrés pase o esté presente, mayor es la dificultad de controlarlo.

3. La capacidad de predicción del mismo, el hecho de conocer acerca del acontecimiento o situación va influir en como reduce el estrés, pero se va a ver más afectada entre mayor o menor control de la situación posea el individuo.

Otro punto es, que clasifica en 4 agentes los cuales se ven involucrados en provocar esta respuesta, a los que por sus características se denominan agentes estresantes internos o externos y agentes estresantes del desarrollo o situacionales (Berman y Snyder, 2013, p. 1079) los cuales son:

Los agentes estresantes internos son aquellos que generan una respuesta causada por problemáticas dentro de la persona, como alguna enfermedad, pensamientos y sentimientos, o algún que generan un desequilibrio en la persona, los agentes externos se refieren a aquellos actos que ocurren en su entorno que llegan a alterar la estabilidad del individuo.

Los agentes estresantes del desarrollo, son los cuales se generan a lo largo de nuestra vida, estos son predecibles porque van guiados por el ciclo vital de las personas, y por último los agentes situacionales, aquellos acontecimientos inesperados que involucran al individuo y modifican la homeostasis en la cual se desenvuelve.

Por otro lado, hay distintas manifestaciones que nos pueden indicar el estrés, los podemos encontrar 3 clasificaciones Fisiológicas, Psicológicas o Cognitivas de acuerdo al autor Palmero et al (2002, p. 431) nos menciona que:

El primero, las manifestaciones Fisiológicas podemos identificar una variación dependiendo de la visión del individuo ante los hechos, estos se generan a través de los sistemas simpáticos y neuroendocrino, dentro de las manifestaciones tienden a sobresalir, la dilatación de las pupilas ante una situación de riesgo, aumento en la sudoración debido a la aceleración del metabolismo ante la situación, incremento de la respiración y frecuencia cardiaca, reducción en la secreción de la orina, boca seca, disminución de los movimientos intestinales, incremento en la tensión muscular, aumento de la glucosa en sangre.

El segundo, las manifestaciones Psicológicas se presentan la ira, la depresión, el miedo y la ansiedad, dependiendo del acontecimiento y la duración de este podemos definir si ha sido benéficos ante la situación o un obstáculo, cada uno de estos factores presentan las siguientes características: (Berman y Snyder, 2013, pp.1082-1084)

La ira la podemos denominar como un sentimiento que varía de forma individual, debido a que es generado por un disgusto intenso referente alguna situación o acontecimiento, tomando desde la perspectiva de la ira en la expresión verbal nos referimos a una señal de malestar por eventos psicológicos y que externalizan una necesidad de afrontamiento al Estrés, la Ira en el aspecto conductual de persistir sin disminución, puede llegar a niveles de hostilidad, pero en el ámbito verbal cuando la persona expresa aquello que le está generando el conflicto, lo que busca es esta retroalimentación por parte de su entorno que le permita afrontar su problema.

La Depresión se puede denominarla como un sentimiento profundo de tristeza, vacío, desesperación y baja autoestima, está presente en una gran cantidad de personas cada año, se identifican distintos signos y síntomas que varían de persona a persona, dentro de estos se encuentran los emocionales que se caracterizan por tristeza, indiferencia o aplanamiento de las emociones y dentro de los comportamentales se

pueden identificar irritabilidad, inatención, incertidumbre en la elección de alternativas, trastornos del sueño, entre otros, todo esto va a variar dependiendo de las circunstancias en las que se encuentren y del tipo de problemática.

La Ansiedad, es aquella que se puede denominar como estado de inquietud o aprehensión constante ante una amenaza la cual no ha sido identificada que puede o no presentarse y llega a ocurrir en el individuo u otra persona de gran valor en su vida, el nivel en el cual este puede presentarse, va depender del valor adjudicado a acontecimiento y de las repercusiones que están van a tener en la homeostasis de la persona, los niveles son ansiedad leve, ansiedad moderada, ansiedad grave y angustia.

El Miedo, denominada una emoción o sentimiento generado por la presión en el individuo ante una amenaza, peligro o dolor de algún suceso que ocurre en el momento o está próximo a ocurrir, esta es una respuesta ante una situación que presenta una amenaza inmediata o actual o algo que se piensa ocurrirá, esta puede confundirse con la ansiedad para diferenciarlo hay 4 aspectos importantes.

- a. La ansiedad no llega presentar siempre un origen identificable, el miedo si presenta un origen identificable
- b. La ansiedad tiende a ser relacionada con eventos próximos y la anticipación de las situaciones, el miedo está relacionado con pasado, presente y futuro.
- c. La ansiedad no tiene una característica precisa hacia la cual está dirigida, el miedo, regularmente este definido.
- d. La ansiedad es consecuencia en particular de conflictos emocionales o psicológicos, el miedo es consecuencia de conflictos de carácter físico o psicológicos ya determinados.

El tercero, son las manifestaciones Cognitivas están relacionadas a la respuesta de pensamiento que el individuo genera sobre la situación estresante, dentro de estos se encuentran las reacciones que produce el individuo son la resolución de problemas, la estructuración, autocontrol, supresión y fantasía (Palmero et al, 2002, p.431-432).

En la resolución de problemas hace referencia a procedimientos específicos para resolverlo, el individuo lo que hace es evaluar su problemática, la analiza, la define y sobre esto genera alternativas de solución a su conflicto, eligiendo la que mayores beneficios desde su perspectiva proporcione y después evalúa los resultados de su elección.

En la Estructuración, se menciona acerca de una organización en la parte de los pensamientos, verbalizaciones y acciones, en las que la situación se realice o se lleve a cabo en un ambiente controlado, el cual no permita que se generen situaciones estresantes, el seguir una línea o una guía que nos permita tener una secuencia de acción y reacción ante lo que se enfrenta.

En el Autocontrol, se basa en la postura que el mismo individuo expresa a su entorno, es decir, a pesar de que se encuentra en una situación estresante el en su comportamiento refleja el control de la situación, aunque no sea así, esto le proyecta cierta tranquilidad y no le permite actos precipitados, tanto es una postura correcta durante el conflicto , esta si se mantiene puede traer repercusiones mayores debido a que retrasa la búsqueda de soluciones y obstaculizando el apoyo de los demás, al no manejar bien la situación.

La Supresión, en este proceso el individuo bloquea los pensamientos de su problema, permitiendo que no lo abrumen aliviando el estrés, esto funciona de forma

inmediata o temporal, debido a que, aunque no piense en la problemática esta no erradica los síntomas que se presentan y a lo largo, puede ser perjudicial.

Como último, la Fantasía, que es parecido a fingirse, esta se realiza a través de suposiciones, el individuo elige una experiencia suceso que le permita modificar por medio de la fantasía, re definiendo sus actos y resultados, esta puede ser benéfica en el momento en el que te planteas alternativas de solución a tu problemática real, como estrategias para afrontar lo que se puede presentar, pero perjudiciales si estas fantasías van encaminadas a ilusiones o supuestos de lago que idealizamos que suceda pero no ocurre, desencadenando mayor estrés.

Dentro de la literatura, encontramos la de Selye el cual nos plantea al estrés como una respuesta al ambiente y a este intento del sujeto por hacer frente a estos estímulos se le denominó Síndrome de Adaptación General que consta de 3 etapas en (Berman y Snyder, 2013, pp. 1080-1082).

Reacción de Alarma: esta se presenta como la primera respuesta y se ejecuta cuando un sujeto no ha estado expuesto a ese estresor con anterioridad, esta se divide en 2 fases la primera que es el choque, la cual manifiesta una reacción de huida o ataque por parte del individuo a nivel fisiológico, y la segunda el contra-choque la cual la cual busca una regulación del organismo, activando distintos sistemas, para regresar a un estado de homeostasis.

El estado de Resistencia: esta ocurre cuando aquel estresor que generó una reacción de alarma es persistente, y no permite la eliminación del estresor mediante este mecanismo, el sistema entra en un proceso de adaptación al estresor, pero al mismo tiempo en un estado de actividad fisiológica, como mecanismo de defensa.



La fase de Agotamiento: debido a un proceso continuo de resistencia ocasionado por la adaptación al estresor, se llega a una fase de agotamiento del organismo en el cual se agotan las reservas para mantener la activación fisiológica constante, que puede llegar a generar un estado de coma o muerte del organismo.

Este proceso se lleva al mismo tiempo de una respuesta fisiológica una respuesta emocional que pueden ser tanto positivas como negativas y van afectando al individuo dependiendo de sus niveles de tolerancia al estrés, estos se identifican frecuentemente en la primera etapa pero podemos observarlos en las siguientes 2 fases regularmente con emociones negativas, otro factor importante es que al introducir un nuevo estresor durante el síndrome general de adaptación este solo presentaría la fase de choque pero ya no el contra-choque ni la resistencia pasando directamente a la fase de agotamiento.

En cuanto al Estrés, hay que mencionar aquellas consecuencias negativas que desencadena el estrés, los efectos negativos pueden afectar diferentes áreas del individuo, (Palmero et al, 2002, pp. 447-448) las engloba en 3 grupos:

Efectos Físicos: los rasgos más característicos es la tensión muscular en específico en la zona de cuello y hombros donde es más frecuente, cefalea tensional en la parte occipital, provocada por la continua tensión en las zonas del cuello, problemas estomacales, aceleración en los latidos del corazón, resequedad en la boca, sensación de falta de aire, generando hiperventilaciones y catatonias en distintas partes del cuerpo.

Efectos Emocionales: se caracterizan por irritabilidad, poca tolerancia a la frustración, ansiedad, al grado de incapacitar para realizar las actividades de su vida cotidiana, posturas negativas ante acontecimientos próximos, falta de interés hacia actividades a realizar que consideraba placenteras.

Efectos del Comportamiento: se presentan trastornos del apetito, ya sea un excesivo o falta del mismo, abuso de sustancias, en específico las estimulantes, y algunas ocasiones depresoras, insomnio ya sea para conciliar el sueño o mantenerlo, manifestaciones comportamentales de la ansiedad, al intentar realizar varias actividades a la vez y no termina de realizarlas, problemas en las relaciones interpersonales con respecto a la convivencia con los demás.

### **1.1. Afrontamiento y sus estrategias**

A lo largo de nuestra vida llegamos a enfrentarnos circunstancias sumamente caóticas que nos obligan y nos permiten generar estrategias para poder sobre pasar esas problemáticas que se presentan en nuestro desarrollo, vamos identificando y utilizando estas habilidades a nuestro favor para conseguir resistir, y generar alternativas para nuestro sufrimiento, en este caso es el afrontamiento.

Podemos describir el afrontamiento como “el manejo del cambio con éxito o sin éxito, una forma natural o aprendida de responder a un entorno cambiante o a un problema o una situación específica” (Berman y Snyder, 2013, p. 1086).

Profundizando en el tema, el afrontamiento según Marcías et al (2013, p.125) podemos definirlo como “Recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes”.

Sin embargo, según Folkman y Lazarus 1991 (citado por Berman y Snyder, 2013, p. 1086), definen al afrontamiento como “el intento cognitivo comportamental de manejar las demandas externas y/o internas específicas que se considera que ponen a prueba o superan los recursos de la persona”.

Por otra parte, la propuesta de Folkman y Lazarus (1984) (citado por Mayordomo, 2013, pp.25-29) nos menciona acerca de las etapas del proceso de afrontamiento en el cual se refieren a los individuos como aquellos que reciben el suceso o estresor, generan una experiencia sobre esto y almacenan esa información, que les va a permitir afrontarse a situaciones en un futuro, esto lo dividen en 3 categorías los antecedentes, los procesos mediadores y los resultados.

A. Las variables antecedentes, se dividen en 2, la primera son las variables ambientales, siendo aquellas circunstancias o situaciones estresantes que en el individuo llegan a alterar sus homeostasis debido a que estas situaciones proporcionan exigencias, limitantes y obligan al individuo a generar un mecanismo para valorar y afrontar las circunstancias, dentro de las más importantes resaltadas son:

- La Novedad, que es una situación nueva o poco familiar que lleva al sujeto a un nuevo reto en su vida.
- La Predictibilidad, el ser humano tiende a crear un escenario que anticipe la situación que nos permita estar preparados así sea un resultado caótico, pero fuera de la incertidumbre.
- Dentro de los factores temporales podemos identificar la inminencia, este hace referencia a sucesos que no puede ser detenidos entre más inevitable es mayor importancia genera en el individuo, otro es la duración lo cual se relaciona con

la constancia de los estresores en la persona y por último la incertidumbre lo cual nos proyecta a esta visión de generar posibles alternativas de reacción.

- La Ambigüedad, esta puede llegar a generar mayor reacción, por la visión tan poco clara que se le da al acontecimiento y a sus repercusiones en el como persona.
- La Cronología del acontecimiento que nos menciona, la falta de estructura al tener sucesos predispuestos a ocurrir y de no pasar estos generan en el organismo una reacción.

La segunda son las variables personales, corresponde a esta correlación que se presenta entre persona y ambiente, observan las metas como un proceso, que lo conforman 2 partes el compromiso y las creencias, el compromiso del paciente cuando se encuentran con una condición previa al agente estresor dependiendo del valor que tiene para el individuo lo que está en riesgo, esto va a motiva al sujeto a continuar ejecutándolo, y concluir en resultados positivos o negativos, pero entre mayor compromiso por el riesgo que representa lo que está en juego, mayor probabilidad de que tenga repercusiones estresantes, y las creencias que van a profundizar en la perspectiva que le adjudicamos al acontecimiento, son aprendidas culturalmente, y definen el significado que le damos a situación, estos se encuentran en cambio constante dependiendo de nuestras experiencias, esto varia totalmente de forma individual.

B. Los procesos mediadores. Hacen referencia aquella evaluación del individuo sobre su contexto que le va permitir tomar la alternativa necesaria o más eficiente ante la situación estresante se divide en 3 formas la valoración primaria, valoración secundaria y la reevaluación.

Como primer punto, es la valoración primaria, hace referencia a la relevancia de la situación en el individuo, es decir, evalúa el efecto que la situación estresante puede generar en su bienestar a futuro y así permitirle crear estrategias si esta representa un riesgo personal, dentro de estos se clasifican 3 tipos:

- El primero, los irrelevantes, los cuales se refieren a que las situaciones no llevan relación con el individuo y al mismo tiempo no presentan una amenaza a él, por lo cual no requiere ejecutar una respuesta.
- El segundo, es denominado benigno-positivo, el cual indica que en la persona este va tener una relevancia en los acontecimientos, pero no representa un riesgo negativo para él.
- El tercero, el estresante, en donde presenta consecuencias en la persona y al mismo estas son perjudiciales o representan una amenaza a futuro, esta última es la que permite que se entre en un proceso adaptativo que va a proporcionar la entrada de las estrategias de afrontamiento debido a que el individuo al tener una visión del daño a futuro, puede planear acciones que le permitan sobrellevar las dificultades que se presenten, al mismo tiempo esta le va proporcionar al individuo un margen de mejora y crecimiento, al conocer los desafíos que puede enfrentar.

Como segundo punto, es la valoración secundaria, se enfoca en lo que se debe y puede hacer en determinada evaluación, es decir, evalúa la estrategia que determinamos utilizar y si es posible que lo que decidimos tenga las posibilidades de obtener lo que tenemos, esto se enfoca más en la creencia, al saber que nosotros tenemos la posibilidad de afrontar una situación dependiendo de lo evaluado, esta reduce el estrés, este aspecto a evaluar se divide en 3 factores individuales.

- ✓ Primero, la culpa o merito, dependiendo de a que se le atribuya al individuo de los resultados obtenidos, es la postura que se adjudica, cuando hablamos de que las acciones que frustraron los objetivos estaban bajo nuestro control, nos adjudicamos la culpa, por otra parte, si las acciones que realizamos consiguieron los objetivos estaban en nuestro control, nos asignamos el mérito.
  
- ✓ Segundo, el afrontamiento potencial, es una valoración del individuo con respecto a la estrategia y la situación, evalúa hasta qué punto la persona tiene posibilidades de intervenir en las consecuencias de la situación, definir hasta donde mis acciones pueden controlar los resultados o los objetivos que deseo alcanzar, que permite una protección del individuo hacia comportamientos de la situación fuera de su control.
  
- ✓ Tercero, las perspectivas a futuro, aluden a la probabilidad, de si existen razones para llegar a mejorar la situación de forma positiva o negativa.

Por último, la reevaluación se refiere a una deconstrucción de la valoración primaria y secundaria, ir adecuando cada una debido a que el ambiente se encuentra en constante cambio y el individuo con los conocimientos que va adquiriendo sobre estos cambios modifica las evaluaciones realizadas y las retroalimenta realizando los cambios necesarios para alcanzar sus objetivos.

C. Los resultados. Estos abarcan dos etapas los resultados a corto plazo y largo plazo, a corto plazo es la reacción tanto emocional como conductual del individuo, al generar esta valoración de la situación, desencadenando un proceso regulación en su contexto teniendo efectos cercanos al momento del suceso, pero este se ve afectado si las situaciones estresantes no reducen con el tiempo, afectando la homeostasis del sujeto, a largo plazo , se refiere al proceso de adaptación que toma el sujeto al

mantenerse de forma crónica o constante a estas situaciones permitiendo generar patrones de respuesta que permitan afrontar, perjudicando el menor tiempo y daño posible la homeostasis del individuo.

Por otro lado, el Afrontamiento cumple la función de ser una respuesta ante el estrés, estos se dividen en dos grandes funciones dependiendo de las necesidades del individuo con respecto a la postura a tomar con la situación estresante, los cuales se desglosan en afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción (Berman y Snyder, 2013, p. 1086).

Adentrando en el tema, el afrontamiento centrado en el problema se ve enfocado específicamente en la resolución de los conflictos, realizando actos que vayan dirigidos al entorno, este a través de acciones relacionadas con un cambio en la situación estresante, dentro de estas hay dos enfoque dirigidos al problema, la enfocada en el entorno que se refiere a actos que sean específicos para la situación que se está pasando, alternativas que aminoren o ayuden en el estrés que genera y la enfocada en el sujeto, con respecto a actos que motiven en el afrontamiento de la problemática en la persona y al mismo tiempo beneficien y gratifiquen al individuo en su mejora personal a través del aprendizaje adquirido por las experiencias, generando en sí mismo recursos y procedimientos para afrontar la situación (Coon, 2001, pp. 456-458).

En cambio, el afrontamiento centrado en la emoción no va relacionado a disminuir el estresor a través de acciones directas, sino utiliza la parte emocional del individuo para reforzar sus aspectos emocionales que le permitan sobrellevar la situación, estos tienen o manejan distintas formas en los que las personas a través de procesos cognitivos pueden atravesar la carga emocional, una de las alternativas utilizadas es el continuo ataque hacia las circunstancias que padecen, algunos individuos requieren el otorgarse una presión extra o precipitada para poder afrontar en sus pensamientos, el daño o

perdida que ocurrirá en la situación y así no encontrarse a la espera de las expectativas, otra de las estrategias es la visión positiva hacia la decepción , en la cual resignificamos nuestros pensamientos en esperanza con actos o acontecimientos que no han ocurrido con la finalidad de no pensar y adjudicar un valor negativo antes de que ocurran y que no cambien la percepción de la realidad, lo que pretende es mantenernos lo más conscientes con respecto a lo está ocurriendo y lo que aún no ha sido definido (Coon, 2001, pp. 456-458).

Tocando otro punto, ya que hemos mencionado el afrontamiento de forma individual en la persona, es importante ahora mencionar esto desde la familia, para ello es importante mencionar el estrés en la familia, el estrés es un punto importante en la familia y el cual es parte de su estructura debido a que hay distintos individuos conformando una familia, esta además es un factor que afecta a cada uno de los miembros dependiendo del agente estresor que se presente y cada uno maneja una estrategia de afrontamiento distinta adecuada a su vida y al mismo tiempo como se toma lo que ocurre a uno de sus integrantes, debido a que afecta a los demás.

Así mismo, dentro de las propuestas para identificar una estructura del estrés en la familia, Reuben Hill utiliza la siguiente “ABC-X”, otorgando un significado a cada una de las siglas, (Papalia et al, 2001, pp. 382-386):

A, hace referencia a aquel acontecimiento o situación que generó el estrés en la familia, el cual repercutió en todos los miembros de la familia por ejemplo un desempleo por parte del padre.

B, este se refiere aquellos recursos con los cuales los miembros de la familia y en conjunto cuentan como medida para afrontar la situación, como y cuáles son las opciones



de solución que presentan ante esta problemática, más allá del aporte conductual hacia la familia, al mismo tiempo su trabajo emocional ante el conflicto, y esta flexibilidad que pueden llegar a mantener al cambio para que recupere esa homeostasis.

C, nos habla de la interpretación que la familia le adjudica a este acontecimiento, de ser positiva y darle una visión buena al suceso, la familia le da un valor agradable a las acciones que se tienen o tuvieron que tomar para afrontarlo, sin embargo, cuando se les adjudica el valor negativo, su perspectiva de lo que ocurrió cambia, haciendo que la familia proyecte sus los actos para afrontar el conflicto como un castigo o carga para cada miembro.

X, representa las consecuencias que siguen del estrés, esto varía dependiendo de las anteriores si a la problemático yo le adjudico un valor positivo en la interpretación y cuento con los recursos adecuados para afrontar el conflicto estos podrían beneficiar en la cohesión familiar, pero, si ante el conflicto no se cuentan con los recursos necesarios para afrontar y una interpretación negativa, esta desencadena una desorganización familiar.

En cada una en las familias suceden diferentes procesos cuando se encuentran en una situación estresante, primero tomamos el estrés como esta circunstancia la cual altera la homeostasis de la familia y afecta su estabilidad, puede presentarse durante periodos prolongados de tiempo, y después se encuentra el estado de crisis la cual imposibilita a los individuos y afecta su funcionamiento en la familia, debido al efecto tan fuerte que desencadena el desequilibrio.

Como consecuencia, cada uno de los miembros de la familia tiene que generar estrategias de afrontamiento para los cambios que se presentan, se ha identificado que,

en la familia para afrontar la situación estresante, suelen hacerle frente de la misma manera y con los mismos métodos que de forma individual. (Papalia et al, 2001, pp. 382-386).

Como complemento, ya que hemos mencionado la crisis en la familia, esta tiende a pasar por las siguientes etapas: (Papalia et al, 2001, pp. 382-386).

La primera, es el proceso de desorganización por la situación estresante donde la familia intenta tomar estrategias ya conocidas para poder reaccionar ante la nueva problemática.

La segunda, es cuando la persona llega a salir de su desorganización y empieza a estructurar donde generan nuevas estrategias para afrontar o combinación de viejas estrategias ante la situación se le denomina recuperación.

Por último, la familia hace una reestructuración que le permita organizar a cada miembro con las estrategias escogidas para la problemática, esto puede generar el mismo, menor o mayor nivel de estrés dependiendo de la presión en cada miembro y de los resultados o beneficios obtenidos, esta va a repercutir en la cohesión de la familia.

Desde una perspectiva individual, de lo anteriormente mencionado, ante cada situación estresante o estresores que podamos encontrar en nuestro entorno, como individuos buscamos estrategias que nos permitan avanzar y adaptarnos, y de esta forma, afrontar las situaciones, pero para ello se ha descubierto que cada individuo toma

una estrategia distinta dependiendo sus experiencias, y el acontecimiento presente, dentro de estas alternativas que podemos clasificar por sus características, encontramos 13 estrategias de afrontamiento mencionadas por (Campos et al, 2004, pp. 27-33), las cuales son:

*Resolución de Problemas:* en esta estrategia los individuos comienzan un afrontamiento focalizado en el problema, busca tener un análisis muy crítico de la situación y activo, busca generar la mejor alternativa ante el conflicto con la finalidad de una mejor adaptación a su entorno, por medio de acciones que optimicen, compensen o reparen la homeostasis del sujeto, esta estrategia es más directa por los aspectos de planificación y estrategias focalizadas al problema, en los análisis realizados se obtuvo que es asociada a menor Ansiedad y Depresión, menores problemáticas en la adaptación a conflictos sociales y rendimiento académico en los individuo que utilizan esta alternativa para afrontar.

*Búsqueda de Apoyo Social:* esta estrategia nos refiere que el individuo busca tanto un trato, apoyo, o consuelo en las personas las cuales lo rodean, que le permitan a él como individuo desahogarse en cuanto a la parte emocional y buscar alternativas a su conflicto por medio de la crítica de otros a su problema, las personas tienden a utilizar esta estrategia de afrontamiento para descargar esta parte emocional, obteniendo solo la escucha y no un apoyo activo como tal, está en análisis ha tenido mayor efectividad ante niños y adolescentes, y en procesos en los cuales hay estresores durante un lapso de tiempo prolongado, presentan relación negativa.

*Huida o Evitación:* es el proceso en el cual la persona se desconecta del problema de forma cognitiva o conductual, que le permita desengancharse de la situación para poder generar menos efectos por la situación estresante, durante estos pueden ocurrir la evitación cognitiva, que es evitar pensamientos del problema, evitación conductual, evitar

situaciones estresantes o evadir las presentes, y el afrontamiento fantástico, cambiar aquellos que ocurrió o el sentimiento que sentí cuando ocurrió , estos basado en los resultados han tenido resultados negativos en la efectividad para el afrontamiento de problemas no reduciendo la ansiedad y la depresión y no permitiendo un ajuste en su entorno.

*Distracción:* se refiere a utilizar actividades, o medios alternativos a la situación que permitan al individuo, desengancharse de la situación estresante, adjudicándole tiempo, espacio y pensamientos que nos ayuden a sobrellevar los estresores, esta se asocia a una efectividad positiva en la depresión, debido a que, de usar esta estrategia como medio de canalización y adaptación a su conflicto, proporcionando mejoras en su entorno.

*Reestructuración Cognitiva:* nos habla sobre la re significación de los pensamientos o puntos de vista que se presentan ante un problema, reemplazarlos con pensamientos positivos o focalizarse en los aspectos positivos que se obtuvieron del acontecimiento, lo que busca es un confort con respecto a sus emociones , reduciendo los pensamientos negativos y creencias sobre el suceso, esta es muy funcional en el aspecto emocional y se toma como un regularmente va acompañado y es un afrontamiento secundario a la resolución de problemas.

*Rumiación:* nos menciona acerca de las características negativas de la situación estresante, la cual repetimos constantemente focalizando nuestros pensamientos, en aquellos acontecimientos que suceden o sucederán, en los cuales podemos otorgar culpa, miedo, sobre lo negativo, las personas lo utilizan como un proceso de introspección en el cual solamente evalúan y denotan una responsabilidad por los resultados negativos, esta se emplea para la búsqueda de un sentido alternativo a los sucesos, o como un proceso de asimilación por los hechos, encontrar el por qué aconteció de esa forma.

*Desesperación o Abandono:* se refiere a aquellos actos y pensamientos relacionados con la situación estresante en la que el individuo observa su problemática como incontrolable y decide u opta por dejar de tomar acciones con respecto a ello, por más actos a realizar no se obtendrán los resultados, y con los pensamientos asociados a la impotencia, tener en claro que es rendirse ante la situación, va a generar pasividad, desesperanza, desanimo, pesimismo, esta estrategia está ligada en gran manera con la depresión y su ajuste con entorno.

*Aislamiento Social:* hace referencia a la búsqueda de la evasión del entorno social, con la finalidad de no exponer sus emociones y sentimientos su entorno social, evitando ser juzgado, y protegiendo sus conflictos o situaciones estresantes y tenga repercusiones emocionales, estos desencadenan, desconexión, desvinculación, abandono emocional y conflictos en el ajuste social.

*Regulación Afectiva:* podemos definir esta estrategia como aquellos actos que se realizan para poder influir en las emociones que se presentan ante una situación estresante en la cual, el individuo busca expresarlas de forma adecuada, y en el momento más indicado, de manera que pueda desenvolver sus emociones con su entorno, pero sin afectarlo, dentro de las acciones o estrategias de regulación afectiva podemos identificar, el autocontrol, estoicismo y modificación del yo, son estas respuestas que ayudan en el manejo de la situación y permiten un control de la situación que aminora la intensidad y estructurar la reacción y búsqueda de soluciones.

*Inhibición y Supresión de Emociones y Pensamientos Negativos:* en el grado que decide suprimir estos, permite una mayor claridad en la toma de decisiones, permitiendo focalizarse en aquellos pensamientos y emociones que beneficien a la búsqueda de soluciones, también encontramos la catarsis, que es la expresión de las emociones como

punto de desahogo y al mismo tiempo búsqueda de apoyo social con respecto a su problema, sin embargo estos no obtiene los resultados esperados en todos los casos y puede perjudicar al individuo en el proceso de solución a su conflicto y por último la expresión verbal emocional, nos refiere a esta comunicación con su entorno de los sentimientos, pensamientos y emociones que se presentan causados por el conflicto con la búsqueda de apoyo social, pero el poder comunicar las emociones, no nos presenta una disminución en la regulación afectiva, regularmente esta refuerza la intensidad de las emociones y no permite la búsqueda de alternativas.

*Búsqueda de Información:* se centra en la búsqueda de sentido en lo que aconteció a través del por qué ocurrió, cuales son las consecuencias y que se puede aprender de lo ocurrido, para poder generar las estrategias adecuadas al conflicto, estas buscan una continua repetición de lo que ocurrió y una búsqueda de información en su entorno que permitan mejorar y asimilar, y así, poder prevenir próximas circunstancias similares y lograr generar una mejor respuesta.

*Negociación:* hace referencia a la búsqueda de acuerdos del individuo, con su entorno en donde le permite llegar con una propuesta, trato o pactos que beneficien a disminuir el estrés o la búsqueda de soluciones ante el conflicto, esta estrategia es utilizada en conflictos interpersonales ya que permite una Comunicación Asertiva, con su contexto, buscando de ellos ayuda o soluciones a su problema, es una forma más directa de afrontamiento.

*Oposición y Confrontación:* es la expresión de aquellas emociones y pensamientos negativos causados por las situaciones estresantes, confrontando al problema, atribuyéndole la responsabilidad de lo ocurrido, esta incluye la descarga de sentimientos, a través de la expresión verbal, este tipo de estrategias en el uso individual no tiene resultados positivos debido a la culpabilidad y responsabilidad que se adjudica, pero en

un colectivo o con terceros el externarlo permite una disminución del estrés , al otorgar esa responsabilidad a otros.

*Afrontamiento mediante participación en rituales públicos, privados y religión:* en esta estrategia se obtienen efectos positivos por medio de los rituales tanto públicos como religiosos debido a que adjudican su bienestar interpersonal a estos actos, se ha obtenido resultados favorables en las pérdidas, cuando se brinda la responsabilidad de lo ocurrido, mostrando conductas adaptativas al problema.

Es importante, denominar a qué tipo de estrategia de afrontamiento nos referimos, en la Cuestionario de Afrontamiento al Estrés se utilizan las siguientes 7 estrategias, las cuales (Londoño et al, 2006, pp.328-332) los clasifica de la siguiente forma:

Cuando nos dirigimos al problema, se orienta en la manipulación de las condiciones o conductas que hacen responsable la amenaza, como son: búsqueda de apoyo social, focalización en la solución del problema, reevaluación positiva.

Cuando se dirige a la emoción se enfoca en reducir o eliminar la respuesta emocional que desencadena la situación, los cuales son: expresión emocional abierta, evitación, autofocalización negativa.

Con respecto, a la religión (Londoño et al, 2006, p. 332) se refiere como una estrategia que puede ir focalizada tanto en la solución del problema, como para solucionar las emociones que se generan por el problema, dependiendo de cada persona y la proyección que desee darle.

Por último, para comprender al individuo, tenemos que conocer sobre sus experiencias y estilos de vida, que repercuten en la forma de afrontar las situaciones de la vida cotidiana, cada miembro de un grupo, pueda aportar una estrategia distinta de afrontamiento, debido a que mucha de las condiciones adquiridas y aprendidas, van a permitir la solución de problemas en un sector, como la familia, amigos, etc.

## **1.2. Psicología de la Salud**

La Psicología ha presentado un interés con aquellos aspectos que tiene la salud humana, buscando sobrepasar los límites de la salud mental, destacando la importancia de la prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes en los problemas de salud, vinculándolos con los conflictos psicológicos desde la visión clínica y experimental (González, 2008, pp. 144-145).

Por tanto, todas aquellas relaciones, prácticas, y condiciones materiales de la vida humana en sociedad a las que el individuo se somete modulan y determinan los aspectos físicos a las que cada persona se atiene a las prácticas de los sistemas de relaciones sociales y se intersectan con los aspectos biológicos del organismo.

Profundizando en estas relaciones, dentro de los aspectos de psicología de la salud de una persona, se identifican supuestos que fundamentan la razón del por qué es necesario la utilización de un Modelo Psicológico de la Salud, según Ribes (2008, p. 16) son los siguientes:

- I. La descripción psicológica del continuo salud-enfermedad, está centrada en un ámbito individual del paciente, que se dan con la interacción entre los



factores biológicos del organismo y las acciones tomadas en las relaciones socioculturales para su funcionalidad.

- II. Cuando se analiza en un modelo psicológico, los factores biológicos y socioculturales, se observan desde una perspectiva integral, y no como disciplinas individuales.
- III. Los factores biológicos existen como una condición del individuo, así como, las reacciones biológicas que se presentan en la actividad del organismo.
- IV. Los factores socioculturales se identifican como particulares que influyen en el individuo al mantener una continua interacción con su entorno, todo esto basado en sus experiencias personales.

Estos supuestos pretenden plantear que la salud integra dos dimensiones la parte social como el bienestar y la biológica como la ausencia de la enfermedad, todos estos influenciados por un sistema que permite que ambos factores interactúen en el individuo.

Así mismo, al momento de buscar una vinculación entre los aspectos de salud, y las características de vida en cada paciente con respecto al problema, es necesario mencionar aquellos modelos que se aproximan entre sí para proporcionar un proceso adecuado al paciente debido a que cada uno presenta respuestas distintas, el primero es el Modelo Biomédico, enfocado en los aspectos de Salud y Enfermedad, y el segundo el Modelo Sociocultural dirigido a la parte de bienestar en los ámbitos que se desenvuelven, (González, 2008, pp.145-146) los describe de la siguiente forma:

Primero, el Modelo Médico-Biológico, identifica la salud como un balance con la enfermedad, identifica al organismo humano como un sistema que mantiene condiciones propias, así como los subsistemas que lo complementan, identifica al organismo en el ámbito de salud como una defensa, que está preparada ante aquellos agentes externos que ocasionan una inestabilidad, y el organismo combate estos agentes que considera nocivos para el individuo.

Segundo, el Modelo Sociocultural enfoca la salud con aquellos eventos que practica el individuo en su vida y permiten una carencia de enfermedades, va enfocada las acciones que cada individuo toma a lo largo de su vida que afectan en el medio físico y alteran la salud biológica de los pacientes, por medio de las condiciones materiales y los estilos de vida que se llevan concibe al individuo como preso de la enfermedad debido a las condiciones que lo somete el entorno.

Entendiendo ambos puntos podemos observar al individuo como un ente biológico, que al mismo tiempo se encuentra sometido a una convivencia continua con su entorno, generando experiencias individuales con respecto a lo que vive y las características que se le presentan, por ello la importancia de una visión psicológica de la salud, al mostrar al individuo como un conjunto de características biológicas que afectan el estado de salud-enfermedad, pero al mismo tiempo complemento de su realidad sometida a distintos medios, que siguen afectando el estado de salud-enfermedad de una paciente, interactuando continuamente.

Todas aquellas relaciones, prácticas, y condiciones materiales de la vida humana en sociedad a las que el individuo se somete, modulan y determinan los aspectos físicos de cada persona, estos se ven atendidos a las continuas prácticas de los sistemas de relaciones sociales y se intersectan con los aspectos biológicos del organismo.

Aunque ambas áreas se ven influenciadas y se tomen aquellas medidas de prevención, curación, rehabilitación sobre los padecimientos siempre se ve influenciada por las acciones del individuo, por ello, la dimensión de la psicología de la salud se compone de 3 factores que (Ribes, 2008, pp. 17-18) menciona que son:

- 1º. La manera en la que los comportamientos participan en la regulación de los estados biológicos, en la medida en que el individuo maneja el contacto de su organismo con las acciones que toma para su interacción con el entorno.
- 2º. Las competencias que mantenga el individuo definen la efectividad para la interacción con distintas situaciones que afectan de forma directa o indirecta su salud.
- 3º. Las formas consistentes en las que el individuo actúa ante el contacto inicial con situaciones que pueden afectar sus condiciones biológicas a largo plazo.

Cada uno de estos factores son de suma importancia en el Modelo Psicológico y la ejecución de cada una por parte del individuo, es una determinante en los resultados que se obtendrán ante la presencia o ausencia de enfermedades biológicas.

La función de este Modelo Psicológico de la Salud es guiar al terapeuta en la acción e intervención de forma práctica, para la prevención, rehabilitación y curación de las enfermedades que presente el paciente, tomando la efectividad de estas prácticas al relacionarlos de forma adecuada con respecto a las actividades sociales del individuo.

Tocando otro punto, uno de los aspectos que se destacan es la educación para la salud, que tiene como objetivo el instruir a los pacientes en la formación de adecuados estilos de vida que favorezcan a una calidad de vida, a través de conocimiento, aprendizaje, modificación de comportamientos para llegar a las metas que se proponen en su salud (Flórez, 2007, p. 17).

Para entender los parámetros que abarca la educación para la salud tenemos que conocer acerca de los enfoques que se complementan Flórez (2007, pp. 18-19) menciona 3 enfoques que son:

4. La Educación Centrada en el Aprendizaje Individual, enfocado en aquellos conocimientos, acciones a tomar de las problemáticas de salud del paciente.
2. La Educación dirigida al cambio sociopolítico, relacionadas a prácticas sociales nocivas, apoyándose a través de medios que generen una información de las políticas públicas sanitarias.
3. La Educación en el Enfoque Transcultural, que aboga respecto a prácticas culturales que se acogidas por la sociedad, debido a la convivencia con distintos grupos sociales, informando sobre aquellas costumbres que entorpecen la búsqueda del bienestar humano.

Uno de las estrategias para la generar programas en los cuales se base la promoción y prevención para la educación para la salud es el modelo PRECEDE, este modelo describe cada una de las fases de acción para conocer los factores psicosociales que influyen en el bienestar de la sociedad y permitan generar respuesta, Flórez (2007, pp.21-27) describe 6 fases:

**PRIMERO.** Las orientaciones correspondientes a la fase de diagnóstico social, esta sugiere un análisis de la población referente a la situación actual en la que viven, alineado a la su calidad de vida, y así mismo cuales son las necesidades más latentes que ayuden a mejorar su calidad de vida, este en el punto de investigación marca el punto de partida, y el contraste con los objetivos finales de las acciones de educación para la salud.

**SEGUNDO.** Las orientaciones correspondientes a la fase de diagnóstico epidemiológico, esta se enfoca en ligar algunos problemas de salud con aquellas decisiones que como población toman para el mejoramiento de su calidad de vida, como lo son problemáticas presentes en la sociedad, o mismos conflictos entre la población.

**TERCERO.** Las orientaciones correspondientes a la fase de diagnóstico conductual y medioambiental, centrada en priorizar todos los factores conductuales y ambientales, buscando patrones de comportamiento, que se alinean a factores de riesgo o protección de múltiples problemáticas de salud que perturban el bienestar humano, en esta fase pretende identificar las habilidades para la vida que debe y puede desenvolver el individuo en sus circunstancias.

CUARTO. Las orientaciones correspondientes a la fase de diagnóstico organizacional y educacional, busca seleccionar algunos factores que se pueden llegar a predisponer, reforzar y capacitar a la población, generando una modificación en el comportamiento de la población, para poder conseguir los metas y resultados a nivel epidemiológico que se esperan, priorizando variables cognoscitivas como la motivación al cambio, las expectativas e reforzamiento-resultado, un balance de las decisiones, las expectativas de control, y las intenciones de cada decisión.

QUINTO. Las orientaciones correspondientes al diagnóstico político administrativo, pretende adoptar las decisiones para conseguir implementar un programa con aquellas necesidades encontradas en la población tomando en cuenta, la cultura organizacional, las políticas institucionales para la promoción de la salud, y los recursos que están disponibles para el desarrollo del programa.

SEXTO. Las orientaciones correspondientes que abarca todo el periodo de implementación de un programa, implica la evaluación constante y permanente de los procesos de ejecución de programa, para poder obtener datos de su impacto tanto a corto y mediano plazo, y de sus resultados a largo plazo.

cada una de estas etapas funciona como retroalimentación para el programa y permite identificar fallas y mejoras en su implementación y un mejor impacto, basado en los datos iniciales, como punto de partida para la efectividad, y mejora en la calidad de vida de la población (Flórez, 2007, pp.27-28).

Dentro de los aspectos a considerar en el trabajo de la Psicología de la Salud en México, para llegar a un desarrollo óptimo de este modelo, en primer lugar, es necesario

que los psicólogos que tomen este enfoque, tengan los recursos necesarios de conocimiento y como profesión para llevar a cabo esta disciplina, es de suma importancia conocer las dimensiones en que la psicológica se involucra en la salud y enfermedad.

En segundo lugar, relacionado con los aspectos de competencias por parte de los psicólogos, en el caso de las personas que acuden a instituciones para la atención de una enfermedad es necesario contestar la pregunta, ¿Cómo podemos desarrollar propuestas de trabajo para consolidar la participación y presencia de los psicólogos en una acción interdisciplinaria de salud en las instituciones?

¿Cómo obtener la relevancia que se necesita para un mayor aporte por parte de la psicología de salud?, debido a que muchos de los padecimientos requieren y es de suma importancia un apoyo interdisciplinario, y acompañarlo de un proceso terapéutico, enfocado en su conflicto, marcando una línea de inicio, proceso de intervención y propuestas que permitan retroalimentar y mejorar los programas (Piña et al, 2013, p. 1).

Otro de los puntos a abordar en el proceso para incrementar los conocimientos de las enfermedades, y el manejo e intervención para hacerles frente, el psicólogo debe basar sus propuestas de intervención en los hallazgos obtenidos de la práctica de investigación de cada paciente, logrando obtener datos acerca del curso y los procesos que se pasa durante la enfermedad y aquellos fenómenos psicológicos que se tienen que abordar, es necesario investigar en cada intervención las siguientes preguntas, ¿Quién va a intervenir?, ¿con que objetivo?, ¿cuáles son las necesidades de las personas que han recibido el diagnóstico?, ¿qué aspectos propiamente psicológicos deben considerarse en la investigación?, ¿Cómo traducir los hallazgos en propuestas de intervención? (Piña et al, 2013, p. 1).

Finalmente, dentro de las competencias a desarrollar en el Modelo de Educación para la Salud, se van puliendo a través de la interacción y experiencias vividas en el campo de la actuación, son importantes para formar las bases de como intervenir, y favorecerá a ser mayor asertivo en la implementación de las estrategias y resultados favorables.



## **CAPÍTULO II.**

### **CUIDADOR PRIMARIO**

#### **2.1 Familia**

Dentro de los vínculos que se crean durante nuestra vida uno de los principales es la familia, es este grupo en el cual llegamos a tener la mayor interacción y marcan parámetros sobre los cuales aprendemos a desenvolvernos en una estructura social, tomando todas esas enseñanzas y moldeándolas con nuestras experiencias que nos permitan funcionar en la sociedad.

La definición de Familia según la U.S. Bureau of the Census (citado por Horton y Hunt, 2000, p.245) es “dos o más personas relacionadas por la sangre, el matrimonio o la adopción que viven juntos en una casa”.

Según Horton y Hunt (2000, p.245) desde una perspectiva más sociológica la define como “una agrupación por parentesco que se encarga de la crianza de los niños y de satisfacer algunas otras necesidades humanas”.

También, Andolfi (1991, p.17) nos define a la familia” como un todo orgánico, es decir, como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales”.

En cambio, la secretaria general del Consejo Nacional de Población (2012, p. 1 en Gutiérrez, et al, 2016, p. 223) nos menciona que “la familia es el ámbito primordial del

desarrollo de cualquier ser humano pues constituye la base en la construcción de la identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales”.

Tomando en cuenta las definiciones anteriores, la familia es el núcleo de desarrollo para la sociedad, que va a favorecer en la educación y conocimiento sobre comportamiento y valores para el desenvolvimiento humano, que nos permite transmitirse entre las generaciones.

Por otra parte, basado en lo anterior es importante resaltar las distintas características que identifican a las familias, como lo son los tipos de familia aquella estructura en la cual se desenvuelven los miembros, para identificar la relación y organización como grupo familiar (Gomezjara, 2003, pp.140-142) identifica 10 tipos que son:

Extensa Tradicional, se caracteriza por estar formada de 3 o más generaciones de la familia abuelos, hijos, nietos, los cuales cada uno con sus respectivas familias de tenerlas, en conjunto cumplen el rol de familia extensa, éstas se identifican por el tomar a la familia como un todo, cada miembro de la familia se ve influenciado en la decisión colectiva, debido a la relevancia que esta maneja en sus vividas, esta es la más común ya que proyecta en los miembros una identidad familiar, toma a las generaciones pasadas como las actuales y futuras, formando un vínculo más estrecho entre ellos.

Familia Nuclear, está conformada por los cónyuges e hijos, y tiene un peso mayor que los lazos consanguíneos, el punto central de esta familia es el lazo matrimonial y los hijos que conforman esta relación de forma directa, se ven más influidos por el bienestar individual que por el colectivo y en cuanto a las relaciones estas pueden ser cerradas, solamente la pareja matrimonial, o abiertas, donde mantienen relaciones sexuales con

otras personas de forma no permanente, si a este grupo de adhiere otro miembro no tienen una relevancia central, sino periférica en la familia por los argumentos por los que fue agregado.

Monoparental, están conformadas por un padre o una madre con sus, el cual se vuelve la cabeza familiar, donde la madre es el sustento central y del padre se desconoce, es temporal, o limitado su involucramiento, o viceversa, el padre el sustento, y la madre la ausente.

Recompuesta, se integra por personas o familias las cuales se unen como segunda o tercera vez, la cual llevan consigo hijos ya sea el padre o la madre o hasta ambos para relacionarlos en un mismo hogar, también se les denomina familias horizontales, debido a que conllevan más miembros para ser reconstruidas, a aquellos que cumplen como nuevo miembro no consanguíneo al ingresar a la familia se les adjudica la disminución en su rol con la terminación astro.

Multigrupal, son familias formadas por 2 o más familias nucleares de distintas generaciones en las cuales a través de los vínculos que manejan entre estas familias, llegan a unirse en una vivienda y desempeñando también un rol de familia extensa.

Poligámica, se refiere a un matrimonio conformado por un hombre y 2 o más esposas de la misma persona en la cual, con una se mantiene un matrimonio formal bajo las normas legales y las demás como unión libre, teniendo hijos con cada una de ellas, cuando esto es realizado por el hombre se le llama poliginia y cuando es realizado por la mujer se denomina poliandria.

Colateral, se estructuran a través de miembros los cuales se unen para formar una vivienda donde les permita tener compañía y evitar el aislamiento, este es frecuente en familiares consanguíneos los cuales se encuentran solos consanguíneos o no, o con personas que sostienen un vínculo afectivo estrecho.

Homoparental, son familias que llegan ser conformadas como las familias nucleares, las cuales los padres son pareja gay o lésbicas, cada vez hay más frecuencia al identificar este tipo de familias.

Grupal, se forman como un matrimonio en grupo, adjudicando a cada miembro de la familia un valor individual dependiendo del sexo, este les da las responsabilidades que deberán desempeñar con las demás, para la convivencia y estabilidad familiar.

Unipersonal, son familias conformadas por un solo miembro el cual mantiene una independencia y autonomía, se ha identificado que mantienen relación con grupos secundarios, o mantienen vínculos afectivos con algunas mascotas, estos mantienen un estilo de vida centrado en otras actividades.

Cada uno de los tipos de familia mencionados sostienen una función que les permite adecuarse a su entorno, a pesar de las distintas estructuras o características que cada una de ellas puede poseer, apoyándose de los vínculos interpersonales que se construyen en la convivencia.

Siguiendo este mismo punto, hay funciones que se crean en la convivencia familiar continua de los miembros, que se mencionan en Horton y Hunt (2000, pp.251-255) los cuales son:

**Regulación Sexual:** podemos identificar a la familia como el principal regulador de los deseos sexuales de la pareja, debido a ser el principal recurso para satisfacerlos dependiendo de la sociedad y los acuerdos que se realizan en la pareja ellos definen las normas aprobadas sobre la actividad sexual, pero comúnmente se prohíbe el involucramiento de más personas, durante la etapa adolescente se ha aprobado con el tiempo experimentar antes del matrimonio, debido a que el pensamiento sobre el matrimonio virginal ya no tiene la misma relevancia en la sociedad, y se ha promovido como un acto útil, que represente mayor seguridad a las personas y correr el menor riesgo debido a que la concepción y nacimiento de nuevos seres sigue dependiendo de forma primaria de las familias.

**Socialización:** una de las principales funciones de la familia es el desarrollo del **Ámbito Social** para adaptarse a una sociedad, debido a que la familia es de los principales aportes es el desenvolvimiento de su personalidad que permiten desde las primeras edades puedan convivir con grupos externos a la familia, de la forma que estos generan aprendizajes sobre los roles a seguir es por medio de la repetición y modelamiento a través de los patrones de crianza de los padres, así mismo, la familia cumple un status tanto en la familia relacionado con la jerarquía que se ve identificado por el estado socioeconómico y los esfuerzos personales que se modifican de persona a persona y como se desarrolle en la sociedad, estos se dificultan en su conocimiento cuando hay ausencia por parte de uno de ellos y estos adquieren influencias por otras personas externas a la familia nuclear.

Función Afectiva: en el desarrollo de un niño la parte afectiva es de las más influyentes en el proceso de estabilidad de la persona debido a que las faltas de estos afectan en el aspecto emocional comportamental y físico de las personas, también puede ser un factor crucial que permita la adaptación y supervivencia de la persona, todo este peso recae en la familia por ser la principal fuente de afecto y posteriormente en otros grupos.

Función de Protección y Económicos: la familia cumple como una de las principales fuentes que provee ante los miembros que la conforman ya sea física, económica o psicológica, debido a que la familia llega a tomarse como un colectivo donde los eventos que repercuten sobre uno adjudica cierta responsabilidad y valor a los demás, así como la culpa o el mérito de lo acontecido y la forma de resolverlo, así mismo, en los aspectos de sustento estos trabajan de forma colaborativa para compartir lo producido entre la familia, en todos los sustentos que conforman la unidad económica básica.

Para complementar el tema, dentro de la familia hay una distribución tanto en la influencia de las decisiones como en las jerarquías del desarrollo de los roles por cada uno de los miembros y se orientan a la formación que cada uno de ellos, Gomezjara (2003, pp.136-138) nos menciona los siguientes tipos:

Jerárquico Vertical: se maneja a través de un sistema patriarcal donde cada uno de los miembros cumple un rol respectivo, el padre es la parte superior la cual lleva la estructura familiar y la toma de decisiones acerca de lo que se debe ejecutar, la madre como aquel vínculo entre el padre y los hijos comunicando y apegándose a la estructura de su esposo, y la ejecución de las ordenes y mandatos se va traspassando en los hijos por medio de la jerarquía por edad.

Jerárquico Triangular: esta organización se da a través del padre en los cuales ellos dos comparten decisiones acerca de los hijos y esta les permite comunicarse sobre los intereses que tienen dando solo órdenes y estructura a los hijos sobre lo que se debe hacer, haciendo que lo que los padres objetivos de los padres sean los mismos que los hijos.

Jerárquico Matricentrica: podemos identificarla como una familia extensa o monoparental donde la madre toma un rol central como cabeza de la familia no solo simbólico sino en la toma decisiones hacia los hijos, el padre en esta estructura se encuentra de forma limitada o ausente, por lo cual maneja la estructura del hogar, de ser extensa donde lo conforme las abuelas estas se encargan de proporcionar el sustento, pero la abuela tiende a poseer el cuidado y desarrollo de los hijos, tomando en conjunto las decisiones del hogar.

Jerárquico Bipolar: se refiere a grupos donde se encuentren familias extensas o multigrupales, donde los roles de poder se encuentren divididos en diferentes grupos o personas lo que no permite que se obtenga un consenso de todos los involucrados o que haya decisiones en común.

Atomística: está vinculado a las familias colaterales donde cada uno de los miembros tiene un valor de poder igual, pero orientado a sus objetivos particulares, llevan a cabo proyectos independientes que generen beneficios propios, la colaboración con los demás se realiza de forma voluntaria y limitada.

El Circular Participativo: se ve marcado por la continua colaboración entre los miembros para la toma de decisiones individuales y colectivas, en este cada uno toma en cuenta la relevancia de las acciones y como perjudica o beneficia a los demás.

La familia tiene un rol muy importante en el apoyo, sustento, y evolución de las personas, cada uno de los vínculos, roles, y circunstancias que se experimentan a lo largo de la vida forman gran parte de la personalidad del individuo, y permiten desarrollar habilidades para la adaptación en el entorno, y todas las problemáticas que se presentan.

## **2.2 Síndrome de Desgaste del cuidador**

En nuestra vida, ocurren distintas etapas en las cuales se pueden llegar a presentar adversidades que modifiquen nuestro estilo de vida, condiciones que son inesperadas, incontrolables e inamovibles, pueden llegar por el ciclo de vida, por agentes externos o por alteraciones internas que no nos permiten seguir siendo independientes en nuestros actos cotidianos, por lo cual en estas situaciones, como individuos llegamos a necesitar un apoyo, debido a que los conflictos que se presentan son demasiada carga para ser independientes, a esta parte que suple esta falta de autonomía en nuestra vida se les denomina cuidador.

Basado en la definición de González y Crespo (2018, p.44) “es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general esposo/a, hijo/a, familiar cercano o alguien que le es significativo”.

Uno de los aspectos más abrumadores que afectan a las personas a lo largo de su vida son las enfermedades, debido a que afectan la estabilidad en los individuos, en algunos casos estos padecimientos llegan a formar parte de su vida, necesitando mantener un continuo control y manejo de la enfermedad, para poder sobrellevarlo, estas son conocidas como enfermedades crónicas.



Según la Organización Mundial de la Salud (2021, p.1) las Enfermedades Crónicas son” enfermedades que tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales”

Las Enfermedades Crónicas mantienen una alta tasa de mortalidad en todo el mundo, la OMS registra que 41 millones de personas cada año mueren por estas, lo que equivalen al 71% del total de muertes que se registran en el mundo, estos padecimientos no discriminan en las edades, regiones o países de mundo, se estima que 15 millones de personas entre los 30 y 69 años mueren por ello y el 85% de estas muertes se registran en países con bajos o medianos ingresos (OMS, 2021, p.1).

En aspectos registrados por la INEGI donde analiza las defunciones entre 2011-2020, refleja que una de las principales causas de muerte en México son causadas por enfermedades crónicas encontrándose entre los 3 primeros lugares, con una tendencia de alza muy grande en los próximos años (INEGI, 2021, pp.10-18).

Las Enfermedades Crónicas se han identificado como difíciles de llevar en el manejo y tratamiento, pero no imposibles, sin embargo, estas requieren de un continuo seguimiento y atención, debido a las complicaciones que se pueden enfrentar, tanto en las condiciones de escasez por parte de los sistemas de salud como en las dificultades de resistencia en el padecimiento, por ello en pacientes con enfermedades crónicas, es de suma importancia integrar las labores tanto de salud que han fallado en el paciente, como las crisis que persisten en su intervención (Kasper et al., 2016, p.17).

Las Enfermedades Crónicas tienden a afectar en distintos aspectos la independencia del paciente, por lo cual llegan a necesitar de un apoyo que les permita

mantener una estabilidad en sus estilos de vida, ya sea por los servicios de atención que necesite o por actividades que mantiene o realiza en su vida cotidiana.

Podemos tomar al cuidador como este primer apoyo ante la persona, mostrando empatía y solidaridad con la situación, y comprendiendo la necesidad de tomar acción ante el acontecimiento ocurrido, sus actos tienen mayor relevancia conforme progresa el problema debido a que sus acciones, en la organización, mantenimiento y cohesión del proceso va generando mayor valor en el bienestar tanto de la persona, como de su entorno.

Profundizando en el párrafo anterior, dentro de los cuidadores existen 2 tipos que menciona Gómez (2016, pp.4-5) los cuales son:

Los Cuidadores Formales son aquellas personas que cuentan con un conocimiento adquirido a lo largo de una carrera profesional, y que son responsables de establecimientos especializados, que por medio de la formación recibida cuenta con las estrategias para abordar las necesidades de la persona dependiente, este facilita y ejecuta las acciones necesarias para la persona con un mayor dominio, su trabajo es remunerado económicamente, y este trabaja mediante horarios, y no sosteniendo vínculos afectivos con la persona.

El cuidador es interpretado como un integrante más del equipo que se requiere para ejecutar con éxito los objetivos fijados con la persona dependiente, debido a que entre mejor cohesión presente con los demás miembros de su círculo familiar mayor es el porcentaje de efectividad en la evolución de la persona.

Para este proceso el cuidador tiene que abordar ciertos aspectos que son indispensables se establezcan por el grupo para poder asignar la mejor atención a la persona, es importante la información acerca del proceso que se está llevando con la persona, su posible evolución, orientar a todos a la reacción que se debe tomar ante recaídas o crisis que pueda presentar la persona, verificar las condiciones que se encuentran posibles en caso de requerirlas como, apoyo externo, tiempo, disponibilidad, y habilidades individuales que beneficien en las actividades, tener una organización y cuidado con respecto a las actividades que se ejecuten, tomar en cuenta de ser posible apearse lo mayor posible a la rutina habitual de la persona dependiente y la preparación ante el enfrentamiento de un duelo de no evolucionar como se espera.

En cambio, se encuentran los Cuidadores Informales, los cuales no han recibido ninguna capacitación con respecto a los cuidados que puede llegar a requerir la persona, tampoco cuenta con un establecimiento de horarios o actividades y no tienden a tener remuneración por el cuidado de la persona, este tipo de cuidador se caracteriza por el compromiso que llega a presentar con la persona dependiente, que se ve asociado al vínculo que se encuentra entre ambos y por lo cual le adjudican mayor importancia a las tareas que son necesarias para la persona.

Dentro del Cuidador Informal podemos notar distintos aspectos que son muy relevantes en el proceso de atención con la persona dependiente, como son:

El apoyo informal es brindado en la mayoría de las ocasiones por los familiares de los cuales comúnmente es el cónyuge o un familiar femenino, esta con mayor frecuencia recae en una sola persona, la cual por este aspecto se le denomina cuidador principal, pero se ha identificado que en estos casos muchos tienen bajo nivel educativo, por lo que dificulta demasiado el proceso de enseñanza con respecto a los cuidados de la persona.

En México se ha identificado una gran cantidad en el incremento de cuidadores por padecimientos crónicos los cuales son indicadores del alto impacto que llegan a tener los cuidadores principales en la atención de la persona, así mismo, el debate acerca de aquella responsabilidad del cuidado de un familiar, aunque en un sector muy grande de la población toman un significado en aquellos lazos y parentescos con la persona dependiente, esto se ha ido modificando con respecto a los motivos del por qué cuidar, debido a que ser parte del grupo de cuidadores de este individuo, corresponde a obligaciones y compromisos más allá del rol que cumple en la familia.

Según Segalen (1992) y Sánchez (2009) (citado por González y Crespo, 2018, p.45) nos hablan sobre dos factores relevantes para el motivo de ser cuidador de una persona, y la importancia de las consecuencias de su cuidado.

El primero es el afecto, cada una de estos cuidadores tiene que llevar componentes afectivos hacia la persona, un vínculo que le permite dar justificantes al por que lo hace, y el aspecto de amar, en las acciones que hacemos por el otro cobran sentido.

El segundo es la parte moral, que lleva un componente social con respecto a los lazos y parentescos que se han mantenido con la persona, y esta se centra en las obligaciones y deberes con ellos, cobrando sentido en los actos hacia su familiar que se encuentra como una persona dependiente.

Es importante mencionar cuando es necesario un cuidador, debido a que como seres humanos se presentan etapas en las cuales se es indispensable un cuidador como es la infancia, las personas que toman este rol son las madres, las cuales cumplían estos criterios que el individuo por sí solo no era capaz de conseguir, hasta llegar a un proceso

en el desarrollo de autonomía otra de las etapas presentes más frecuentes es la vida adulta, por las limitantes fisiológicas que se presentan, en el aspecto externo, llega a ser una parte importante cuando ocurren eventos que imposibilitan o limitan a las personas a realizar sus actividades sin ser dependientes de un cuidador (González y Crespo, 2018, p.45).

Sin embargo, no hay que descartar que influyen los aspectos consecuentes, en los que el cuidador de una persona dependiente va a presentar momentos de crisis como lo son el agotamiento, falta de apoyo con la persona, desvinculación con los demás miembros de la familia, falta de motivación, desgaste físico y disminución en las relaciones sociales, siendo relevantes para el involucramiento de su cuidado, pero al mismo tiempo, generando lo que se denomina como desgaste del cuidador.

El Centro Internacional sobre el Envejecimiento (2019, p.1) define el desgaste del cuidador como “un estado de agotamiento físico, mental y emocional, el agotamiento en este sentido puede venir en un cambio de actitud, de positivo y optimista a negativo o apático”.

Del mismo modo, al conocer que el cuidado de un paciente tiene consecuencias, es de suma importancia mencionar las dificultades y limitantes que llega a generar el cuidado de pacientes crónicos, debido a que, el cuidador tiende a pasar por procesos adaptativos con las nuevas responsabilidades con la persona, pero estos ocasionan conflictos debido a que obliga a adherirse a un nuevo estilo de vida, en la cual debe renunciar o posponer rutinas, hábitos, que lo mantenían en una estabilidad, por lo cual estos generan actitudes negativas que alteran la salud física y emocional del cuidador.

La mayor repercusión se presenta en los cuidadores domiciliarios, debido a necesitar más apoyo debido al cambio que presenta en sus vidas, y es complicado una nueva estructura para poder llevar a cabo el cuidado de la persona dependiente, tiene problemáticas comúnmente en su salud, comprensión de sus problemas y sobretodo el cómo atender a la persona, con su problemática, debido a no tener una preparación para hacerlo. (Expósito, 2008, p. 1).

La continua labor del cuidado prolongado de una persona, puede llegar a desencadenar en los cuidadores distintos conflictos como lo son la fatiga, la sensación de fracasar ante lo que se realiza por la persona, trastornos del sueño, somatizaciones, poca interacción social, falta de priorización, irritabilidad, poco interés en la salud, problemas emocionales, entre otros, estos signos y síntomas son características que se presentan en el síndrome de sobrecarga del cuidador, basado en Expósito (2008, p. 1) dentro de las razones por las cuales podemos encontrar que se produce son:

- ❖ La transferencia de los conflictos que puede a llegar a presentar la persona dependiente al cuidador.
  
- ❖ La continua repetición de conflictos.
  
- ❖ La falta de posibilidades para poder proporcionar toda la atención va a generar en un futuro la incapacidad para realizar ayuda adecuada a la persona.
  
- ❖ Dentro de las problemáticas más grandes que puede generar la sobrecarga del cuidador es el agotamiento debido a que esta genera repercusiones

para él y para la persona dependiente, el cuidador principal debe permitirse recibir apoyo que le permitan sobrellevar la situación y otorgarle esos espacios de descanso que beneficien a su Salud y su desempeño en la atención.

Por otra parte, el cuidador normalmente de no ser formal, es un miembro que habita la casa, por lo cual su labor se realiza todo el día y todo el año por lo que hay circunstancias que pueden influir en reducir interés y la resistencia de quien brinda este apoyo, según Expósito (2008, p. 1) hay 2 de estas características que tienen mayor relevancia:

La escasa información sobre la problemática, debido a la falta de conocimiento brindado sobre el conflicto la persona tiene que buscar las herramientas posibles, para poder proporcionar la mejor solución a lo que enfrenta, pero esto repercute en el paciente, por la falta de experiencia frente a este, en ocasiones no dando la mejor atención.

Situaciones de soledad y falta de apoyo, comúnmente en situaciones de personas dependientes, el cuidador principal se encuentra a cargo de todo el esfuerzo y responsabilidad de la atención, además, debe enfrentarse sola a los conflictos físicos y emocionales que desencadena el cuidado como las frustraciones limitantes y sentimientos.

Es importante resaltar que el termino desgaste del cuidador cambia al ser mencionado por distintos autores, algunos utilizando carga del cuidador, sobrecarga del cuidador, entre otros, pero haciendo referencia a la misma definición.

Así mismo, es necesario mencionar que hay conceptos como el síndrome de fatiga crónica que pueden llegar a confundirse con el síndrome de desgaste del cuidador, de acuerdo con Barbado et al (2006, p.1) nos expone que el síndrome de fatiga crónica “Es una enfermedad compleja, crónica, de etiología desconocida, que se caracteriza por la presencia de fatiga (física y mental), intensa, debilitante y grave, que persiste seis o más meses y de carácter oscilante y sin causa aparente específica.” Describiendo que a diferencia del síndrome de desgaste del cuidador no tiene una causa determinada, pudiendo presentarse en cualquier persona y en distintos contextos.

### **2.3 Salud Mental del Cuidador**

Podemos identificar que como individuos nuestra Salud es primordial para nuestro continuo desenvolvimiento y desarrollo, ya sea de forma personal, o colectiva nuestro bienestar es de suma relevancia en nuestro funcionamiento en la sociedad, pero esto no solo se refiere a la Salud Física sino a la Salud Mental debido a que se ha observado que no solo los padecimientos orgánicos, pueden ser una consecuencia de la interacción con el entorno, también los Trastornos Mentales.

Según la Comisión Nacional contra las Adicciones (2020, p.1) la Salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Basado en la Organización Mundial de la Salud el porcentaje en el cual se presentan Trastornos Psiquiátricos y del Comportamiento, Neurológicos y la Discapacidad oscila hasta en un 31 %, estos llegan a ser más prevalentes en países con niveles socioeconómicos altos, se estima que 450 millones de personas a nivel mundial



padecen un trastorno mental que provoca sufrimiento o incapacidad, de estos 130 millones padecen Depresión, entre 70 y 90 millones presentan Trastornos por Abuso de Sustancias, de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia y 37 millones padecen Demencia.(Sánchez ,2008 ,p.19).

Por otra parte, en México podemos identificar muchísimas problemáticas en cuanto a la relevancia en la atención de la Salud Mental, se estima que alrededor de 15 millones de personas presentan un Trastorno Mental, así mismo el porcentaje de personas que en su vida han llegado a presentar algún trastorno de la Clasificación Internacional de Enfermedades es del 28.6 % y de estos solamente unos de cada diez reciben una atención.

Hablando de Trastornos, entre los más frecuentes en las consultas son los depresivos y de ansiedad, así mismo, la tasa de intentos suicidios en personas adultas es del 1.6% y esta ha ido incrementando con los años, en la población urbana entre edades de 18 a 64 años el 18% presenta Trastornos Afectivos, siendo el principal la Depresión, otro punto en la población infantil se estima que el 7% de 3 a 12 años ha sido afectado en su Salud Mental, y se calcula que 1 de 4 niños con Trastornos Mentales o Psicológicos reciben una atención especializada y entre niños y adolescentes de 4 a 16 años se calcula que un 16 % presenta algún trastorno mental el 8% ya con síntomas pero tan solo el 8% de este porcentaje, considero la necesidad de ser atendido (Sánchez ,2008 ,pp.20-22).

Así mismo, dentro de los datos encontrados en México con respecto a las prevalencias, se identificó que los hombres tienen mayor porcentaje de 30.4 al presentar Trastornos Mentales contra un 27.1 en las mujeres, en cambio, cuando se evalúa el

porcentaje de los últimos 12 meses las mujeres presentan un 14.8 % contra un 12.9 % de los hombres, dentro de los trastornos más resaltables entre hombres y mujeres se encuentran los siguientes (INMUJERES,2006, p.5):

Para los Trastornos Afectivos y de Ansiedad, se identificó mayor frecuencia en las mujeres, mientras que en los hombres hay mayor frecuencia en el uso de sustancias.

Las mujeres sufren a lo largo de su vida con mayor frecuencia los siguientes trastornos: Fobias Específicas, Trastornos Conductuales, Dependencias al alcohol, Fobia Social y Episodios Depresivos Mayores

En los hombres los trastornos más comunes a lo largo de su vida son: Dependencia y Abuso de Sustancias y los Trastornos de Conducta.

Tocando otro punto, es importante hablar acerca de Educación para la Salud, uno de los factores más importantes para la prevención y promoción de la salud está relacionada con la parte educativa que nos proporciona herramientas que tengan un impacto en la población y en el individuo, permitiendo que las condiciones de las que se hablan mejoren.

Alejo et al (2012, p.199) define la Educación para la Salud como” un proceso educativo dirigido, fundamentalmente, a potenciar, promover y educar aquellos factores que inciden directamente sobre la población general y sobre el ciudadano particular”.

La OMS en Alejo et al (2012, p.199) lo define como “Cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”.

Por lo cual podemos referirnos a la Educación para la Salud con una finalidad más allá de proporcionar conocimiento sobre el tema, sino generar tareas de una forma organizada y sistemática que permita conseguir los objetivos que las normas sanitarias nos ofrecen que permitan tanto perfeccionar o cambiar las conductas de los individuos para su salud (Riquelme, 2012, p.1).

En la actualidad hay un punto que se debe recalcar la finalidad de la educación para la salud no cumple el rol de informar o solo proporcionar conocimiento sino de permitir aprender sobre el tema a través de sus vivencias o acontecimientos previos y sobre ello modifique su conducta, debido a que el objetivo principal es que las personas lleguen a lo que conocemos como autocuidado y permitan llevar esto en sus familias permitiéndose un estado de salud, para que esto se presente es importante resaltar que es necesario un transmisor aquel que posee el conocimiento sobre el tema, un mensaje que lleva el contenido a enseñarse y un receptor ya sea la persona o familia que requiere conocer sobre la problemática (Riquelme, 2012, p.1.).

Por otra parte, es necesario identificar cuáles son los objetivos que tiene la Educación para la Salud, lo que va permitir desarrollar la planeación sobre las cuales se fundamenta el trabajo a realizar de prevención, promoción para la salud los cuales según Alejo et al. (2012, p.200) son:

- Que fomente las áreas de la salud individuales y colectivas.
- Dar un uso adecuado a los servicios que estén disponibles.
- Obtener en la parte individual la rehabilitación y la inserción en la sociedad.
- Proporcionar apoyo en aquellas campañas referentes a lo sanitario.
- Aportar en el desenvolvimiento de la personalidad y formación de nuevos hábitos para la salud.
- Apoyar en la eliminación de los prejuicios y aquellas barreras que no permiten la comunicación del tema.
- Proveer a los individuos como a las comunidades información acerca de todos los avances tecnológicos relacionados al campo de la salud.

Existen varias fases por las cuales la Educación para la Salud tiene que pasar para actuar ante una temática o problemática acerca de la salud, estas según Julio et al. (2011, pp.12-13) son:

- La Educación Primaria: la cual está enfocada en la modificación de los comportamientos del individuo que se enfocan en evitar que surja la problemática.

- La Educación Secundaria: va enfocada en la educación sobre el diagnóstico y al tratamiento precoz ante el avance o complicación de la problemática.
- La Educación Terciaria: proporcionar al individuo la mayor actividad con respecto a su problemática cuando este ha progresado, generando consecuencias irreversibles.

Así mismo, con respecto a la educación hay distintas vías para transmitir el mensaje o temática, las cuales basadas en Alejo et al. (2012, pp.200-201) son:

- Información al público en general, se realiza a través de medios de comunicación y tiene como finalidad concientizar a la población a realizar cambios en sus hábitos y estilos de vida, enfatizando el mensaje a lo largo del tiempo, este no es garantía de que los colectivos modifiquen sus conductas.
- Educación en grupos, esta se lleva a cabo de forma más directa entre los educadores y los educados, permitiendo favorecer más el cambio de actitudes y conductas y permitiendo profundizar en los niveles de acción antes mencionados.
- Asesoramiento individual, permite tener una relación lo más personalizada con el individuo y su problemática y a la vez proporcionando mejor educación y tiempo acerca de las estrategias a realizar para la mejora de su salud.

Por último, es importante resaltar que para potenciar el propósito de autocuidado es muy necesario que tanto los profesionales como los educadores de la salud tiene que visualizar a la persona como autónoma, con aquellos ,capacidades ,intereses y deseos que el mismo puede evaluar las decisiones de sus actos pero al mismo tiempo ser consciente de que requiere de cierto conocimiento y apoyo por parte de otras personas para poder conseguir verdaderos cambios , para ellos los profesionales deben llegar a tener una capacidad de empatía y flexibilidad con la persona acerca de su diagnóstico, tratamiento y objetivos que le permita un adecuado involucramiento.

## **CAPITULO III.**

### **MODELO Y ÁREA PSICOLÓGICA**

#### **3.1. Modelo de la Psicología:**

##### **a) Antecedentes**

Dentro de los aspectos importantes para esta investigación es necesario llevar una perspectiva cognitiva por medio de la evaluación de sentimientos, pensamientos y emociones que presentan, y conductual a través del comportamiento de los pacientes, por lo cual nos centraremos en el enfoque cognitivo-conductual tocando los puntos de mayor relevancia de este enfoque y su evolución.

Uno de los enfoques que ha obtenido mayor relevancia a lo largo de los años es el Cognitivo-Conductual, es difícil tomar algún enfoque que no tenga entre su teoría de forma directa o indirecta una perspectiva cognitiva, dentro de estos los modelos cognitivos, recibe demasiado valor debido a la importancia de las cogniciones tanto en las bases de los trastornos, como el proceso terapéutico del paciente. (Feixas y Miró, 1993, p. 207).

La Cognición tiene un valor aún mayor del que se le adjudica, al ser asociado con los aspectos de intelecto de una persona, esta también forma parte de aquellos patrones que logramos identificar en los significados, asociaciones y procesos que se forman a través de emociones pensamientos y conductas.

Como se ha comentado uno de los enfoques con mayor protagonismo ha sido el Cognitivo Conductual, son varios los factores para que esto sucediera en primera esta es un enfoque derivado del conductual, aun en la actualidad manejando bases de la conductual, también el aspecto Cognitivo de la Psicología complementado con el método científico ha beneficiado a su respuesta positiva, a la par también maneja una estructura en sus propuestas definiendo las bases conceptuales de las terapias y los pasos a manejar con el paciente de acuerdo a su patología, provocando una mejor aprobación debido al uso del método empírico y los resultados favorables ,comparados con otros enfoques a lo largo de la historia.

Para la consolidación de este enfoque, ocurrieron distintos factores a lo largo de la historia para su consagración uno de los principales fue el descontento por los tratamientos, y los resultados por los trastornos psicológicos, se veían limitadas por los enfoques que eran relevantes para ese momento el conductual y psicoanalítico, por lo cual era necesario mirarlos desde la perspectiva de los procesos mentales.

Teniendo en cuenta la necesidad para comprender mejor lo que denominaron el procesamiento de la información, estaban de acuerdo en que los enfoque que se manejaban necesitaban tener otros fundamentos para una nueva propuesta sobre esto, y tenían que tomar en cuenta el Enfoque Cognitivo, fue entonces cuando los enfoques cognitivos, de la mano de distintos pioneros con distintas perspectivas, decidieron enfocarse en los procesos mentales, para introducir las terapias cognitivas. (Feixas y Miró, 1993, pp. 208-211).



## **b) Principales exponentes**

Nos enfocaremos en presentar aquellos de los teóricos de la Terapia Cognitiva los cuales con sus propuestas y teorías fueron relevantes en el desarrollo de este enfoque, permitiendo generar distintas posturas y estrategias para el uso de sus terapias, el tratamiento y los resultados en los pacientes.

### ➤ KELLY

Uno de los primeros teóricos es George Alexander Kelly nació el 28 de abril de 1905 en Kansas, en el año de 1929 entra a la Universidad de Edimburgo en Escocia, haciendo una Licenciatura en Educación, en su regreso a Estados Unidos, ingresa a un posgrado de Psicología en la Universidad de Iowa y en 1931 recibe su doctorado en Psicología.

Una de las posturas que presenta es acerca de la Teoría de la Personalidad desde una perspectiva Cognitiva, esta teoría comienza con el proceso de anticipación, se basa en que los individuos tienen una estructura organizada de la forma que en significamos nuestro entorno, enfocándose en la interpretación de cómo se forman estas estructuras para significar en cada sujeto, enfocándose en esta parte buscaba como generar una construcción distinta o alternativa, resignificando sus estructuras y su interpretación del mundo, a esta terapia la denominaba constructos personales. (Fadiman y Frager, 2002, pp.369-372).

La teoría de los constructos personales se ve marcada por 12 enunciados los cuales son los que van a marcar una línea acerca de las estructuras que dan significado al individuo, Fadiman y Frager (2002, pp.375-380) menciona que son:

- Los procesos psicológicos de la persona se canalizan por las formas en que aquella predice los sucesos, Kelly toma a la persona la manifestación de la personalidad como una construcción de sucesos y procesos únicos, para otorgar un significado a lo externo toma como base la predicción sobre el entorno, predisponemos con respecto a lo va a acontecer basado en lo que conocemos y al obtener la respuesta busca confirmar lo que se predijo o rectificar y resignificar el mundo, dando un mejor conocimiento a acontecimientos en el futuro.
- La persona predice los sucesos construyendo réplicas de estos, tomando en cuenta que para Kelly es la persona una construcción de procesos, los acontecimientos pueden tener similitudes que afirman nuestra respuesta, pero no son iguales, generando contradicciones, por los cual expresa a la persona como aquella que construye las predicciones sobre futuros hechos, con la experiencia de eventos similares, pero al mismo tiempo las diferencias que se asocian que no encajan de estos en el pasado, para saber cómo interpretar lo siguiente.
- Las personas difieren en la construcción de los sucesos, cada una de las construcciones por parte de las personas tiene un valor individual, a pesar de encontrarnos con personas que obtengan la misma información en situaciones similares, la interpretación a estos eventos y los futuros, aunque ambos empleen las mismas relaciones de lógica sobre estas, no pueden ser semejantes.
- Al predecir los sucesos, cada persona evoluciona de manera característica y para conveniencia propia, adoptando un sistema de construcciones que comprenda

relaciones ordinales entre estas, para la organización de aquellos constructos, es necesario adjudicarles un orden de valor con respecto a las prioridades, aquellos valores a los constructos toman los ideales tanto morales y éticos de la persona y le dan una connotación positiva o negativa al resultado, el significado adjudicado a cada acontecimiento debe tener una correlación que en su generalidad generen coherencia y congruencia en la persona, para poder adaptarse a la vida.

- El sistema de construcciones de las personas se compone de un número finito de constructos dicotómicos, permite desenvolver los constructos, al tener una función de discriminar, identificar, entender y predecir los acontecimientos estos permiten dar una visión de aquellas similitudes y diferencias entre hechos y tomar una decisión, tomar la respuesta similar a las que ya ha ejecutado o escoger una nueva alternativa.
  
- La persona escoge para sí misma la alternativa por la cual, en un constructo dicotómico, prevé las mejores posibilidades de extensión y definición de su sistema, cada una de las alternativas que se generan para ser específicos en los constructos se ven enfocados en la perspectiva, dependiendo de los perspectiva que tiene sobre la acción, es como decide que conducta ejecutar desde un punto de vista que favorezca a la misma persona y sus convicciones, sin tomar en cuenta los hechos que se obtengan después de la conducta, las consecuencias se ven afectadas si la persona modifica sus constructos.
  
- El constructo se torna conveniente solo cuando se desea prever una gama de sucesos limitada, los constructos deben mantener una continua convivencia debido a que no hay una construcción que generalice todas las experiencias de la persona, por ello el constructo cumple la función de distribuir los objetivos y los acontecimientos de una forma provisoria por medio de la asociación entre estos.

- El sistema de construcciones de la persona varía con la construcción sucesiva de réplicas de sucesos, los constructos no se mantienen fijos, al tener una continua repetición de acontecimientos basados en experiencias personales, estos pueden modificarse, debido a que encasillarse quita estas evaluaciones de resultados con respecto a nuestras conductas, generando una visión reducida del entorno.
  
- La variación en el sistema de construcción de la persona está limitada por la permeabilidad de los constructos dentro de cuyo ámbito de conveniencia se encuentran las variaciones, los constructos se toman como una base, pero cada uno de ellos mantiene una apertura a la adaptación de nuevos sucesos que sean viables para su uso o como un referente de estos, ayudando a una mejor visión del mundo y de las experiencias.
  
- La persona puede emplear exitosamente diversos subsistemas de construcción que, desde el punto de vista de la inferencia, son incompatibles entre sí, cada una de las respuestas que llegamos a generar ante los acontecimientos no tiene que coincidir con respuestas realizadas en el pasado, estas variantes entre respuestas se enfocan en que no hay una estructura determinada para los constructos, todo se ve influenciado por la misma persona y su entorno.
  
- En la medida en que una persona emplea una construcción de experiencia similar a la utilizada por otra persona, sus procesos psicológicos serán similares a los de esa otra persona, se enfoca en la interpretación, al mantener contacto de un acontecimiento con otra persona pueden generar construcciones similares de la experiencia vivida, pero esta no involucra una similitud de los hechos o la respuesta.

- En la medida en que una persona interpreta los procesos de construcción de otra, puede desempeñar un papel en los procesos sociales relacionados con la segunda persona, al mantener contacto con los demás nos permite generar conciencia acerca de lo que nos rodea, y que cada persona es una construcción de sus propias experiencias, y nos proporciona la capacidad de entender sus interpretaciones y estructuras al ponerse en su lugar.

Basado en los puntos anteriores, cada uno de los enunciados marca los parámetros acerca de la postura de Kelly permitiéndose desarrollar una visión de los procesos mentales basados en las construcciones que se generan por medio de las interpretaciones individuales influenciado por el enfoque cognitivo, en contraparte de los enfoques utilizados en aquel momento.

#### ➤ ELLIS

Posteriormente, otro de los teóricos que fueron influyentes en el Enfoque Cognitivo fue Albert Ellis, nació el 27 de septiembre 1913 en Pittsburg California, educado en otros enfoques, decidió adoptar otro enfoque que le proporcionara una mayor eficacia y con mayor evidencia empírica (Chávez, 2015. p.138).

Ellis decidió dar un cambio con respecto al diálogo con los pacientes, dejando la parte pasiva, y enfocándose a ser más activo y directo, haciendo de forma consciente una modificación en sus creencias y pensamientos irracionales reflejados en lo que dice, reemplazándolos por unas más racionales, afectando la visión de su entorno.

Tomaba al ser humano, con comportamientos racionales e irracionales y solo al pensar y actuar de forma racional es cuando este repercute en nuestros sentimientos de forma positiva, fundamentaba esto con el supuesto de que el pensamiento y la emoción no son procesos distintos, sino, están vinculados y las emociones que están desordenadas pueden modificarse teniendo un cambio en los pensamientos sobre ellos (Mayorga, 2014, pp.13-14)

Para esto Ellis (citado por Mayorga, 2014, pp. 15-16) establece lo siguiente acerca de los pensamientos racionales e irracionales que son:

- 1) El pensar y sentir están íntimamente conectados, los únicos aspectos que lo diferencian es que los pensamientos tienen una forma más tranquila de distinguirse que las emociones debido a la actividad que generan en la persona.
  
- 2) Debido a la relación que existe entre el pensamiento y la emoción estos dos mantienen una relación circular de causa y efecto, y por estos aspectos determinados llegan a ser la misma.

Con estos supuestos Ellis no pretende decir que la emoción puede existir de forma individual en la persona, pero se mantienen así de forma momentánea, estos tienen que ser reforzados de manera repetitiva por el pensamiento para que estos se mantengan las emociones, enfocándose en que el ser humano es capaz de desarrollar un lenguaje este influye en las conversaciones internas y aquello que nos decimos lo que resulta en nuestros pensamientos y emociones.

Esto lo llevo a la hipótesis de que las emociones sostenidas del individuo son el resultado de sus auto-verbalizaciones y pensamientos, al no mantener una interpretación correcta en las verbalizaciones del entorno, esto puede afectar en un Pensamiento Irracional desencadenando emociones desordenadas, utilizando estas bases para la creación de la Terapia Racional Emotiva (TRE).

Para Ellis lo irracional es aquel comportamiento, pensamiento emociones que lleva a una consecuencia auto destructiva que perjudica la supervivencia, felicidad y bienestar del individuo, propone 11 creencias irracionales que, desde su perspectiva, son las que llevan y mantienen las perturbaciones emocionales (citado por Mayorga, 2014, pp. 20-23) las cuales son:

1.- Es de suma necesidad que nos quieran y aprueben todas las personas significativas de nuestra vida.

2.- Hay que ser competente en todos los aspectos de nuestra vida, para poder considerarnos personas de valor.

3.- Ciertas personas son malas, perversas y ruines y deben ser severamente castigadas y penalizadas.

4.- Es tremendamente horroroso que las cosas no nos salgan tan perfectas como desearíamos que salieran.

5.- La infelicidad humana se debe a causas externas y nosotros no tenemos capacidad para controlar nuestras emociones perturbadoras.

6.- Todas aquellas situaciones amenazantes o que nos pueden dar grandes preocupaciones o traernos conflictos, deben ser evitadas a cualquier precio.

7.- Es mucho más fácil evitar las dificultades y responsabilidades que afrontarlas.

8.- Uno debe ser siempre dependiente de los demás y tener a alguien más fuerte en quien confiar.

9.- Nuestras experiencias y eventos del pasado son los que determinan nuestra conducta presente; no podemos nunca librarnos de la influencia del pasado.

10.- Deberíamos preocuparnos mucho por los problemas y trastornos de otras personas.

11.- Siempre hay una solución única y perfecta para cada problema, y esta es la que debemos encontrar, o de lo contrario fracasaremos.

La Terapia Racional Emotiva (TREC) hace énfasis en que la personalidad se caracteriza por las creencias, constructos y actitudes, y los seres humanos funcionan de una mejor manera al mantener valores racionales que manteniendo ideologías perfeccionistas o absolutistas de su entorno, por ellos la importancia de re significación de las ideas irracionales.

Propone la teoría del ABC en la cual permita identificar aquello que perturba al individuo y genera consecuencias negativas en él, siendo A el estímulo que desencadenó la situación como un rechazo por parte de una pareja, B representando las actitudes, creencias, valores que le adjudicamos a lo que pasó, y C las consecuencias de ello, como sentirse deprimido (Mayorga, 2014, pp.17-20).

El rol que Ellis quiere cumplir con Terapia Racional Emotiva (TRE) es ser la contraparte con respecto a estas ideas irracionales, a través de la modificación de sus verbalizaciones destructivas, de este método mostrar al paciente acerca de estas irregularidades en su pensamiento, identificándolas, analizándolas desde un punto de vista más racional y que lo ayuden a contradecirlas para una que provocar un proceso de reestructuración.



## ➤ BECK

Así mismo, otro de los exponentes fue Aron Beck, nacido el 18 de julio de 1921, mantuvo una relevancia en el surgimiento de la Terapia Cognitiva, Beck, despertó una insatisfacción por los enfoques manejados debido a la discrepancia generada por los datos empíricos de tratamientos y procesos terapéuticos, al no obtener los resultados que él esperaba al tratar con pacientes depresivos.

Comenzó a cuestionar la perspectiva que se creaba en los pacientes sobre sí mismos, el mundo y su perspectiva del futuro, por lo cual se enfocó en trabajar con esos pensamientos negativos, dándose cuenta que a través de sus pensamientos podían obtener datos que sirvieran para refutar la validez de sus conclusiones, obteniendo un cambio es la visión que manejaba sobre el mismo, su problemática y su entorno (León, 2016, pp.10-11).

Beck para explicar aquellos procesos que ocurren en el ser humano, denomina a las estructuras cognitivas como esquemas, estos esquemas son los que adjudican un valor a las creencias relacionadas al entorno, y de esa forma se crean o generan los procesos cognitivos.

Para comprender las bases de la Terapia Cognitiva, Beck señala que los esquemas cognitivos son modelos cognitivos que establecen aquello que interpretamos de la realidad, los individuos utilizan los esquemas para localizar, codificar, diferenciar, y atribuir un significado a la información que obtenemos del mundo externo, cada individuo cuenta con lista de estos esquemas y permiten organizar estos de forma que tengan un sentido con los valores, interpretaciones y creencias de cada persona, ayudando a identificar y seleccionar la información requerida para actuar, estos se van adaptando y

modificando con respecto a la interacción que cada uno mantiene con mundo (León, 2016, p.12).

Las creencias son otro punto importante para Beck el menciona que estas se encuentran en nuestros esquemas y son creadas de forma directa con la realidad y los mismos esquemas que ya poseemos, son nuestra visión del mundo, tomados como mapas mentales internos que forman nuestros valores, y creados mediante la experiencia, en León (2016, pp. 12-13) los separa diferentes tipos de creencias las cuales son:

**Creencias Nucleares:** son aquellas que constituyen el Self de la persona, difíciles generar un cambio en ellas, dan una identidad y sentido a la persona y se plasman como construcciones intrínsecas

**Creencias Periféricas:** son los que se encuentran secundarios, con una mayor apertura al cambio y mucho menos relevantes a las nucleares, moldeables con respecto a las experiencias y cambios en el entorno.

Otro punto, son los Pensamientos Automáticos aquellos que son impuestos como certezas absolutas por lo cual no mantienen un filtro en nuestro pensamiento, y de esta forma no son cuestionados y condicionan nuestras emociones y conductas como respuesta, y se expresan en verbalizaciones o imágenes (León, 2016, p.13).

Así mismo, un aspecto de suma importancia para Beck en la construcción de la Terapia Cognitiva son las distorsiones, al momento del procesamiento de la información, ocurren deformaciones que afectan a la persona y llevan a obtener conclusiones erróneas

sobre el exterior y la información, y afectar sus respuestas, comportamientos y actitudes al entorno denominadas patologías, dentro de las principales mencionadas en León (2016, p.13) son inferencia arbitraria, maximización, minimización, abstracción selectiva, generalización, personalización, pensamiento dicotómico.

Por último, debemos mencionar la triada, se refiere a los sesgos o perspectivas negativas que el paciente, al no tener una interpretación adecuada de su problemática se genera, los cuales en Moreno (2020, p. 253) menciona que son:

Visión Negativa de Sí mismo: tiende a subestimar sus capacidades y habilidades, minimizándose, con la carencia para afrontar las adversidades.

Visión Negativa de sus Experiencias: les adjudica una visión negativa continua a todos los eventos ocurridos y otorgándoles un valor de incompetencia en sus acciones.

Visión Negativa del Futuro: presenta dificultades para visualizar actitudes o capacidades para poder desempeñarse en un futuro, carente de optimismo y mostrando un futuro incierto

Hoy en día este modelo utilizando todas estas bases es utilizada para el tratamiento de distintas patologías o trastornos, Beck resume la terapia en que las conductas, pensamientos y emociones están relacionados entre sí, por ellos al modificar los pensamientos que tenemos sobre el entorno, al mismo tiempo cambiarán las emociones y conductas, trabajando directamente en las creencias los pacientes, reorganizan sus esquemas y la visión que se han generado acerca del mundo.

### 3.2 Técnicas

A lo largo del desarrollo del enfoque cognitivo, se han creado distintas técnicas que permiten al terapeuta, orientar al paciente de una mejor forma a su problemática, este procedimiento es un medio para conseguir una mejor perspectiva de sus dificultades y como ayudarlo, es necesario el conocimiento del manejo y las condiciones que se requieren para emplearlo, así como, saber lo que el paciente necesita en su problema para ser entregado, basado en el enfoque cognitivo, las siguientes técnicas a mencionar son descritas por Feixas y Miró (1993, pp.229-234):

*Asignación Gradual de Tareas:* está enfocada en la asignación de actividades que le permitan al paciente ocupar como estrategia, para contrarrestar las ideas acerca de conductas que consideraba no podría llegar a concretar, esto es empleado para modificar la perspectiva del paciente sobre el valor que les adjudica a sus ideas con respecto a sus capacidades y habilidades.

*Técnicas de Distracción:* promueve la asignación de actividades que se adecuen al paciente que le resulten agradables o entretenidas y le permitan focalizar su atención de las ideas o pensamientos que lo abrumen, en condiciones con pacientes que mantienen un diagnóstico de ansiedad estos estímulos les permiten adaptarse mejor a la problemática y en sus procesos cognitivos.

*Relajación:* permite la realización de actividades que con su procedimiento le permiten al paciente mantener un mayor autocontrol ante eventos o ideas abrumadoras, es utilizada en pacientes cuyas situaciones afecten la percepción, disminuyendo la exaltación, y mejorando las perspectivas de sí mismo o de las circunstancias.

*Programación de Actividades:* establece una agenda con respecto a las actividades a realizar durante periodos de tiempo cortos, que lo focalicen en la ejecución de estos y permitan centrar sus ideas en las actividades y la secuencia asignada a cada actividad, es utilizado para mejorar la toma de decisiones y la continua repetición excesiva de ideas o actividades, empleándolo como apoyo en algunos pacientes con depresión moderada o grave de ser necesario.

*Valoración del Dominio y Agrado:* permite al paciente evaluar sus actividades en una escala del 1 al 5 donde se vea reflejado la satisfacción que le genera esta actividad eliminando los valores dicotómicos de todo o nada, es utilizada para aquellos pacientes con dificultad para valorizar las acciones o actividades que realiza en su vida cotidiana.

*Autobservación:* enfocada en obtener información acerca del nivel de satisfacción que te traen las actividades y las repercusiones en su estado de ánimo, usando los porcentajes es utilizado en los pacientes para una medida de autoevaluación de sus comportamientos, y un mejor proceso de intervención e interpretación de sus conductas.

*Uso de Autoaserciones:* es ejecutada como actividades de reforzamiento a través de mensajes que se otorga el paciente antes durante y después de que ocurren aquellos eventos que detonan estrés, utilizado en pacientes los cuales requieren reestructurar ciertos pensamientos negativos y programarlos con respecto a los eventos que pueden pasar.

*Entrenamiento en Habilidades Específicas:* implementa la evaluación de las problemáticas que tiene el paciente, enfocándose en potencializar o entrenar de forma adecuada que le permitan manejar mejor su conflicto, es utilizado con pacientes que

presentan problemas en los esquemas sobre sus capacidades o sentimientos de desvalorización.

*Ensayo Conductual y Role Playing:* pone en práctica aquellas conductas o actividades que el paciente debe ejecutar en su entorno natural, al ejecutarlas se pretende generen mayor facilidad al llevarlas a cabo en un contexto real.

*Ensayo Cognitivo:* consiste en instruir al paciente con respecto a los pasos que conllevan la realización de alguna actividad, permitiéndole evaluar aquellos rasgos que pueden llegar a presentar dificultades en la ejecución y poder generar estrategias para estos.

*Explicación del Fundamento Teórico al Cliente:* se refiere a un resumen con respecto a las problemáticas que se logran identificar y las estrategias por las cuales se han optado para poder intervenir con el paciente, esto tiene como finalidad trabajar la desesperanza de los pacientes que llegan a la consulta ocasionado por la perspectiva a su conflicto.

*Identificación de Pensamientos Disfuncionales:* enfocado en identificar los pensamientos que se generan de forma automática ante conflictos o situaciones específicas, pero distorsionan la percepción e interpretación negativa que se le da, utilizada para pacientes con estados de ánimo bajos, para intervenir en ellos.

*Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales:* identifica a través de 5 columnas los aspectos que corresponden a los pensamientos disfuncionales en condiciones específicas, se enfocan en recalcar en las primeras 2 la situación y aquellas emociones

que genera, en la tercera se centra en los pensamientos automáticos que lo desencadenaron, y las siguientes 2 columnas buscan una perspectiva racional del paciente, utilizando un pensamiento más racional con respecto a lo que pasó y que emociones positivas desencadena el cambio de pensamiento, generando en pacientes una nueva estructura a sus conflictos.

*Identificación de Errores Cognitivos:* busca generar en el paciente a través de cuestionamientos aquellos errores que tiene en su línea de pensamiento que hace que sean automáticos, y le permita modificar su interpretación.

*Comprobación de Hipótesis:* enfocada en la comprobación de aquellas afirmaciones que se generan en los pensamientos automáticos, busca evidencia basada en la experiencia que permita modificar la interpretación previa al suceso.

*Disputa Racional:* utilizada para el cuestionamiento directo y abierto hacia aquellas creencias irracionales, a través de solicitar la evidencia necesaria, que contrapone sus argumentos irracionales, el paciente se ve sometido a estos cuestionamientos hasta que logra identificar la falsedad en sus pensamientos y adjudicándole una interpretación más racional.

*Análisis de Costes y Beneficios:* busca evaluar los pensamientos automáticos del paciente, plasmando las ventajas y desventajas que se generan esas creencias, creando una discusión, acerca de lo racional en sus pensamientos automáticos.

*Técnica de Reatribución:* orientada en analizar aquellas perspectivas que tiene el paciente sobre la causa y responsabilidades de determinados acontecimientos, por lo

cual se evalúan las situaciones y se busca adjudicarles una postura más realista a sus responsabilidades, eliminando la sobrecarga y utilizado para trabajar con la culpabilidad de los pacientes.

*Trabajo con Imágenes:* manejada en pacientes que presentan pensamientos automáticos negativos o evocan ansiedad ante la presencia de ciertas imágenes que llegan al recordar o revivir situaciones intensas o negativas, lo que se realiza es un reemplazo o sustitución por otras imágenes más placenteras, relajantes o positivas, que tengan mejores efectos al presentarse.

*Búsqueda de Soluciones Alternativas:* dirigida a la problemática del paciente buscando centrarse en la situación y desde una perspectiva crítica y racional, inventar alternativas para resolver el problema, utilizada en los pacientes analizar las propuestas, y las repercusiones que generan y permita tener una mejor visión al actuar.

*Identificación de Esquemas:* busca una regulación por parte del paciente al identificar varias líneas de pensamiento automático con el terapeuta, se analizan aquellas posturas que predominan en el procesamiento de la información con respecto a esos esquemas y se busca ponerlos en juicio, utilizado en pacientes para una reorganización de las ideas automatizadas en sus esquemas de pensamiento.

*Técnicas del Rol Fijo:* enfocada en la modificación de los esquemas del paciente, busca presentar una descripción de sí mismo, y con ayuda del terapeuta se reescriben los comportamientos y pensamientos de su personalidad para solicitar que durante un lapso de tiempo controlado pretenda ser esa nueva personalidad, posterior a ello se hace una reevaluación para poder definir aquellos esquemas con los cuales ya no desea quedarse.



*Biblioterapia*: caracterizada por la reafirmación o reforzamiento de lo trabajado en la terapia, a través de lecturas relacionadas con la problemática del paciente, que refuercen lo positivo del conocimiento aprendido con el terapeuta, para ello hay una variedad de ejemplares que funcionan como autoayuda.

### **3.3. Área de la psicología**

Durante esta investigación se abarcaron distintos aspectos de la psicología, por lo que es importante señalar que dentro de los enfoques hay áreas en las cuales se divide, que permiten a los psicólogos abarcar distintos ámbitos como social, educativo, organizacional, entre otros, sin embargo, el área en la cual basaremos esta investigación es la psicología clínica, por lo cual señalaremos las características que la conforman y aquellos detalles que la diferencian entre las demás.

Según (Riesman 1991 citado en Sánchez, 2008, p.347) define la Psicología Clínica como "es un campo científico y profesional cuyo objetivo es aumentar el conocimiento de la conducta humana y promover el funcionamiento efectivo de los individuos"

La Psicología Clínica tuvo sus inicios como ciencia al buscar estudiar las conductas anormales de los individuos, abarcando una variedad de fenómenos y manifestaciones tanto positivas como negativas en las personas, por lo cual fueron tomando distintos ámbitos que permitieran encontrar una respuesta a sus dudas, desarrollando un enfoque centrado en la salud, las patologías mentales, la adaptación del individuo y la sobrevivencia ante los eventos a lo largo de la vida, orientando el trabajo profesional ya sea en las causas o en las consecuencias de su conflicto para poder intervenir.

Una de las principales características que representan a quienes se desempeñan en la psicología clínica, es el evaluar diagnosticar y tratar a los individuos basados en una serie de métodos y técnicas que ayuden a conseguir en ellos una mejor efectividad, adaptación conductual y satisfacción personal durante su proceso.

Esta área de la psicología es vista más allá de los ámbitos de Salud Mental, para su intervención los psicólogos clínicos no mantienen una perspectiva de sanación, o curación de las enfermedades o padecimientos, sino mantiene una mirada más amplia del paciente en cuanto sus antecedentes, grupos y redes sociales, cultura, conductas y experiencias, conjunto a su contexto que mantiene distintas condiciones que son las causantes de diferentes acontecimientos, identifica al individuo como un todo. (Sánchez ,2008, pp.3-8).

Una de las características que selecciona a la Psicología Clínica, es la evaluación de los resultados externos posterior a la intervención, durante la práctica clínica se requieren indicadores de que el paciente mantiene mejoría, pero no en cuestión al proceso del terapeuta sino, utilizando el estado en el que se encuentra y cómo evoluciona durando el proceso, hasta observar un cambio significativo.

En la perspectiva del psicólogo clínico es necesario ocupar distintas estrategias, esto beneficia a la resolución de los conflictos debido a su preparación en escenarios reales, utilizando el método científico más allá de la teoría, a través de la experiencia en el contacto con los pacientes pueden corroborar la verosimilitud de las estrategias utilizadas, basados en prueba y error, confrontando la sintomatología del paciente y proporcionando resultados más sólidos. (Sánchez, 2008, pp.348-349).

Para poder realizar una adecuada intervención el psicólogo clínico se basa en la estrategia de medicina conductual, que está enfocada en el análisis del paciente, pero tomando conocimientos integrales de las ciencias conductuales, psicosociales y biomédicas para entender y comprender mejor la salud y la enfermedad, esto permite al psicólogo clínico darle una nueva perspectiva a la patología

Desde muchos puntos de vista externo la formación del psicólogo clínico está orientada a la capacitación del paciente en los cambios de hábitos nocivos para su vida y promover los hábitos saludables, dentro del cuidado de pacientes, esto deben mantener una continua capacitación acerca de las estrategias a manejar en cada padecimiento, debido a la cantidad de enfermedades y patologías presentes en la población, por ello es un área que se encuentra en continuo desarrollo y creación que mantiene una visión básica en los principios psicológicos manteniendo al individuo como la parte primordial (Sánchez, 2008, pp.8-9).

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1. Planteamiento del Problema.

El ser humano conlleva un proceso natural en el cual las personas con el paso del tiempo tienden a decaer en su salud lo cual trae consigo distintas complicaciones en los estilos de vida que se tienen, sin embargo, dependiendo de ellos se van adecuando las posibilidades y acciones que el ser humano requiere para su independencia, por otra parte, existen algunas condiciones que complican este proceso, y que perjudican a la persona en su calidad de vida, en estas situaciones, como individuos llegamos a requerir apoyo de terceros que proporcionen un ayuda en la ejecución de nuestras acciones de la vida diaria son conocidos como cuidadores primarios tanto formales como informales.

Para llegar a esto es necesario asignar a al paciente una persona que genere un cuidado de su vida ya sea en sus hábitos o directamente en la funcionalidad de la persona, cada una de las acciones requiere, conocimiento, disponibilidad, y un compromiso con quien necesita el apoyo pero en estos casos la atención se centra completamente en quien tiene la condición dejando de lado a quienes se encargan de ellos, habitualmente estas personas llegan a tener ciertas consecuencias en su vida al mantener un continuo cuidado de alguien más , anteponiendo deberes, compromisos, responsabilidades que de forma particular ellos tienen y esto se ve reflejado en su salud y bienestar psicosocial, afectándolo directamente a él, pero al mismo tiempo influyendo en las personas o situaciones que lo rodean.

Estos acontecimientos van generando un desgaste en la persona, y que por consecuencia obligan a al cuidador a encontrar una estrategia que les permita sobrellevar

la carga que el cuidado de alguien más genera, debido a que es necesario canalizar para que les permita ser funcionales en su día a día y también genere una mejora en su calidad de vida, pero al ser de forma individual , cada cuidador toma o decide formas distintas de afrontar el conflicto, algunas de estas estrategias son positivas pero algunas otras estrategias son negativas, que en lugar de generar una menor carga en él, pueden llegar a ser perjudiciales ocasionando consecuencias irreversibles de no ser tomadas en cuenta.

Se ha identificado que la mayor parte de las personas que presentan una enfermedad crónica recurren a un cuidador informal como lo son familiares, amigos, o personas allegadas al paciente, los cuales pueden presentar conflictos al adaptarse al cuidado de una persona, sin conocer su estilo de vida o la atención que requiere, es poco frecuente identificar a cuidadores formales en la atención de estas personas en el entorno del paciente y al mismo tiempo, en México se ha identificado la relevancia que presentan las mujeres como estas figuras de cuidado al ser en gran mayoría las que se encargan del apoyo de un individuo con estas condiciones ya sean familiares directas, amigas o con un vínculo cercano con el paciente.

Por ello la relevancia de poder conocer aquellas alternativas o soluciones que se presentan continuamente al ser parte del cuidado de una persona con algún padecimiento que imposibilite su independencia, ya que dependiendo de cómo afronte el conflicto también genera consecuencias en el trato y cuidado de la persona que se encuentra a su cuidado.

#### **4.1.1. Pregunta de Investigación.**

¿Cuáles son las estrategias centradas en la emoción que conllevan al desgaste en el cuidador de pacientes con enfermedades crónicas en la zona de Orizaba, Ver?

#### **4.1.2. Justificación.**

Esta investigación tiene distintos puntos, que a la persona que se mantiene al cuidado de pacientes, con condiciones que imposibilitan su independencia pueden beneficiar, uno de los principales es conocer acerca de las complicaciones, el apoyo que se brinda a un paciente, perjudica a la otra persona, y como aquellas situaciones pueden afectar al entorno de ambos y sus repercusiones favorables en su salud.

El aspecto de llegar a conocer las estrategias de afrontamiento es una de las principales, y muy importantes, debido a que, si las personas que se encargan de los pacientes llegan a manejar un adecuado proceso, con las situaciones que llegan tanto con el padecimiento, las necesidades de la persona a su cuidado y su propio estilo de vida, puede mantener un adecuado manejo de estas, que le favorezcan a desenvolverse adecuadamente y hasta mejorando su calidad de vida, sin reemplazar aquellas o abandonar condiciones que generan su desgaste.

Para poder conseguir esto cada parte le corresponde cierta responsabilidad, en cuanto al paciente es necesario, conocer y tomar en cuenta que la situación, requiere de cierto apoyo en su vida dependiendo el grado, pero no conlleva a un estancamiento o planteamiento de la vida de los cuidadores entorno a ellos, también presentan condiciones que a veces como seres humanos pasamos como proceso y es necesario

tomar las medidas necesarias para que ambos se vean favorecidos sin caer en la carga el uno del otro.

Para los cuidadores, es de suma importancia mantener una regulación con respecto a aquellos espacios, labores, compromisos, y situaciones que forman parte de su vida, más allá de su responsabilidad compromiso con el paciente al ser ,un apoyo en su vida, pero manteniendo una estabilidad en la ejecución de su estilo de vida, cada una de las necesidades de la paciente deben adecuarse a la persona, por ello la relevancia del correcto uso de las estrategias de afrontamiento que nos van a permitir, tomar alternativas que se acoplen a las necesidades y de esta forma no reduzca una buena calidad de vida.

#### **4.1.3. Formulación de la hipótesis.**

La auto focalización negativa y la religión son las estrategias de afrontamiento que favorecen en el desgaste de los cuidadores formales e informales de los pacientes con enfermedades crónicas

#### **4.1.4. Determinación de las variables y Operacionalización.**

- Variable Dependiente: Desgaste del Cuidador
- Variable Independiente: Estrategias de Afrontamiento

| Variable                     | Definición teórica   | Definición operacional   |
|------------------------------|--|--|
| Desgaste del cuidador        | “Es un estado de agotamiento físico, mental y emocional, el agotamiento en este sentido puede venir en un cambio de actitud, de positivo y optimista a negativo o apático”(CENIE, 2019, p.1) | Escala de carga del cuidador de Zarit, realizada por los autores Montorio y Cols, conformada por 22 ítems.                     |
| Estrategias de afrontamiento | “Recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes”(Marcias et al, 2013, p.125)   | Cuestionario de afrontamiento del estrés, realizada por los autores Bonifacio Sandín y Paloma Chorot, conformada por 42 ítems. |

#### 4.1.5. Objetivos de la investigación.

➤ Objetivo general:

Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores desgastados formales e informales de los pacientes con enfermedades crónicas mediante el formulario de “escala del desgaste del cuidador” conformado por las escalas “Zarit-escala de carga del cuidador” y “CAE-cuestionario de afrontamiento del estrés”

- Objetivos específicos:

1. Describir los fundamentos teóricos de la variable afrontamiento y desgaste del cuidador mediante la revisión teórica.
2. Identificar las escalas que nos proporcionen la información adecuada para realizar una medición de las variables que se investigan.



3. Analizar los resultados obtenidos por las escalas mediante el uso del programa SPSS

#### **4.2. Enfoque de la Investigación: Cuantitativo.**

Basado en Hernández el enfoque de esta investigación es cuantitativo el cual” utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población” (Hernández et al, 2014, p.5).

Estos estudios cuantitativos requieren de establecer una o varias hipótesis y sobre esto se desarrolla una estrategia para someterlas a prueba, donde abarquen o involucren las variables presentes en la hipótesis y dependiendo de los datos se forman las mediciones en valores numéricos, y de esa manera llevar los resultados a sr analizados por estadística dándonos una perspectiva mucho más amplia con respecto al estudio (Hernández et al, 2014, p.11).

En esta investigación se usó de un enfoque cuantitativo generando hipótesis con respecto a las estrategias empleadas, lo que nos permite profundizar en las variables por medio de formularios, los cuales recabaron datos acerca de las estrategias de afrontamiento asociadas a los cuidadores de pacientes crónicos a través de la investigación, recolección de datos y análisis para proceder a identificarlo como datos numéricos y desarrollar resultados y conclusiones y un campo mayor de información sobre el tema.

#### **4.3. Alcance de la Investigación: Descriptivo.**

Basado en la información de Danke (1989) en Hernández et.al (2014, p. 117) la propuesta de investigación es de tipo descriptivo, ya que nos refiere que estas “Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”.

Lo que podemos obtener en estos estudios descriptivos es la de seleccionar una cantidad de situaciones las cuales nos permite medir o proporcionar una información más detallada del tema que se está investigando y modificarlo ampliar la visión que se tiene al describir la problemática (Hernández et al, 2014, p.118).

En la investigación realizada a través de formularios, nos permite obtener diversa información acerca de las estrategias de afrontamiento y cuáles son los factores y características que aportan a la elección y ejecución de esta alternativa, así mismo aquellos componentes que involucran su decisión y las repercusiones positivas o negativas que trae en el cuidado de su paciente y así mismo identificar el desgaste que presenta, nos facilita la interpretación de agentes en su forma de resolver los conflictos que acrecientan o disminuyen su calidad de vida.

#### **4.4. Diseño de la investigación: No Experimental.**

Con respecto al diseño de investigación este va orientado hacia lo no experimental ya que según Keringer en Hernández et al, (2014, p.267) “en la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o tratamientos” ya que estos proporcionan una observación del sujeto en su

ambiente natural, no asigna situaciones o estímulos que permitan alterar los estudios a través de los sujetos.

Lo empleado en este estudio nos permite conocer en las condiciones naturales de los cuidadores, cuáles son las estrategias elegidas para poder afrontar aquellas situaciones, por medio del formulario, proporciona datos con respecto a los factores que influyen de forma particular en su situación o su contexto natural, y basado en los resultados, se realiza un análisis de aquellos factores que nos señalan la elección de esa alternativa, sin modificar las variables independientes.

#### **4.5. Tipo de Investigación.**

Para este estudio fue utilizado el tipo de investigación aplicado, enfocado en plantearse problemáticas a nivel licenciatura y maestrías en tesis o investigaciones científicas, generalmente este tipo de investigación se busca aplicar en medios sociales, siendo en este caso en hospitales, instituciones y centros de atención para la salud, investigando sobre temas de alto grado de formalización en contextos distintos (Castañeda et al,2002, p. 43).

#### **4.6. Población y Muestra.**

Cuidadores formales como profesionales de la salud capacitados para su atención o informales como familiares amigos, o algún vínculo con la persona, ya sean hombres o mujeres que se encuentren a cargo de pacientes con una o más enfermedades crónicas.

El tipo de muestra utilizado en esta investigación es no probabilístico con sujetos voluntarios, en la cual a través de hipótesis planteadas sobre la población que se fue seleccionada de forma voluntaria, se profundiza en una evaluación de los individuos en donde se corrobore o refuten las conclusiones realizadas sobre los sujetos de análisis, la elección de los sujetos en estos estudios se ve influenciada por las circunstancias de la investigación, procurando generar grupos homogéneos , para que no influyan en las condiciones a las que fueron sometidos (Hernández et al, 2014, pp. 327-328).

#### **4.7. Contextos y Escenarios.**

A través de un formulario de Google se realizó una escala en la cual se unificaron los reactivos de la prueba de desgaste del cuidador y la prueba de estrategias de afrontamiento, evaluando a personas formales o informales que se encuentren al cuidado de los pacientes crónicos, que nos permita recabar datos sobre los cuidadores y su proceso de apoyo, para su análisis y conclusión.

#### **4.8. Instrumentos**

Para esta investigación se utilizó para la evaluación la escala de carga del cuidador de Zarit, analiza la carga percibida por el cuidador ante el continuo apoyo de su paciente, realizada en 1998 por los autores Monitorio y Cols, y se segmenta en las siguientes dimensiones:

Impacto del cuidado

Relación interpersonal

Expectativas de autoeficacia

Este instrumento cuenta con 22 ítems, busca identificar ante la puntuación el grado de desgaste que le ha generado el cuidado del paciente, con una puntuación de 0-88 y se evalúa a través de una escala Likert puntuada de la siguiente manera:

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4= Siempre

Con respecto a la confiabilidad de la escala, presenta un Alfa de Cronbach de 0.90, y una validez de .679 lo cual nos refleja ser válida y confiable para la evaluación y medición de la carga del cuidador.

También se empleó el cuestionario de afrontamiento del estrés, enfocada en identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los individuos ante situaciones estresantes, por los autores por Bonifacio Sandín y Paloma Chorot, esta consta con 7 dimensiones las cuales son:

- Búsqueda de apoyo social
- Expresión emocional abierta
- Religión
- Focalizado en la solución del problema
- Evitación
- Auto focalización negativa
- Reevaluación positiva

Este cuestionario, se forma por 42 ítems, se contesta a través de una escala Likert para identificar la estrategia de afrontamiento que se utiliza y se obtiene los datos de sus respuestas de la siguiente forma

0=Nunca 1=Pocas veces 2=A veces 3=Frecuentemente 4=Casi siempre

En cuanto a la confiabilidad de la escala, presenta un Alfa de Cronbach de 0.79, con una validez excelente y aceptable de .850, lo que indica ser confiable y válida para su evaluación y medición al medir las estrategias de afrontamiento mencionadas.

#### 4.9. Procedimientos

| <b>SESION 1</b>       | <b>Introducción</b>  |
|-----------------------|--|
| Duración              | 40 minutos   |
| Objetivo de la sesión | Psicoeducar acerca de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción y dirigidas al problema.   |
| Actividad integradora | Se realizará un juego denominado “ medusa” todos los participantes se sentaran en círculo, y deberán agachar la cabeza sin mirar a nadie, cuando se cuente hasta 3, todos deberán alzar la cabeza y voltear a ver a alguien, en caso de que la persona que hayas mirado te mire a ti también, deberán gritar medusa, y el ultimo en gritarlo ,le tocará presentarse.   |
| Temas                 | Tema: Psicoeducación sobre las distintas Estrategias de Afrontamiento y cuáles de ellas favorecen a un mayor y menor desgaste.   |
| Desarrollo            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la primera sesión se utilizará para la presentación con los miembros del grupo.</li> <li>• Se realizará una capacitación acerca de las estrategias de afrontamiento, donde se abordarán los tipos de afrontamiento, cuáles son las que desencadenan mayor o menor desgaste y como mejorar nuestra forma de afrontar actualmente.</li> </ul>  |
| Cierre                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les proporcionará un formato en el cual cada uno tiene el caso de una persona con diferentes características en cuanto a su forma de afrontar un problema.</li> <li>• En grupos pequeños, se realizará un análisis del caso para identificar es la estrategia de afrontamiento que ustedes escogerían para ayudar a la paciente.</li> <li>• Al finalizar se aclararán dudas e ideas que se tengan sobre los temas vistos o sobre el curso taller.</li> </ul> |
| Materiales            | Laptop, proyector, diapositivas acerca de las estrategias de afrontamiento, formatos con casos, lápices.   |

| <b>SESION 2</b>       | <b>Introduccion</b>  |
|-----------------------|--|
| Duración              | 40 minutos   |
| Objetivo de la sesión | Desarrollar en los cuidadores, técnicas de relajación para favorecer un adecuado manejo emocional.   |
| Actividad integradora | Se ejecutará un juego denominado “la frase” en el que cada uno de los integrantes para a pronunciar una frase y el siguiente tiene que repetirla pero agregando una nueva palabra, y así sucesivamente, a la persona que no pronuncié la frase le tocará responder una pregunta con respecto al tema.  |
| Temas                 | Tema 1: Exposición acerca de factores que influyen en el desgaste por el cuidado y sus consecuencias.<br><br>Tema 2: Ejecución de la técnica de relajación, que permita aumentar el control emocional ante el continuo cuidado.  |
| Desarrollo            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para comenzar se tocará el tema acerca de los factores más influyentes para el desgaste por el continuo cuidado y cómo influyen en desencadenar el estrés.</li> <li>• Continuando con ello cada una de las personas colocará en una hoja aquellas conductas que, en su rutina diaria, les genere mayor estrés y cómo actúa ante ella.</li> <li>• Se explicará acerca de la técnica de relajación progresiva de Jacobson, su uso y finalidad.</li> </ul> |
| Cierre                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les dará una serie de instrucciones con respecto a la técnica de relajación progresiva de Jacobson, para ejecutarla durante la sesión.</li> <li>• Al terminar se darán un par de minutos para poder integrarse de nuevo y se aclararán dudas e ideas que se tengan sobre los temas vistos o sobre el curso taller.</li> </ul>  |
| Materiales            | Laptop, proyector, diapositivas acerca de los factores que influyen en estrés por el continuo cuidado y técnica de relajación, hojas, lápices.   |

| <b>SESION 3</b>       | <b>Introduccion</b>  |
|-----------------------|--|
| Duración              | 40 minutos   |
| Objetivo de la sesión | Generar estrategias de reestructuración cognitiva a través de la técnica de reatribución y uso de autoaserciones.  |
| Actividad integradora | Se llevará a cabo un juego denominado “ la pregunta” se mencionará el tema del cual deben hablar, y cada uno de los participantes tienen que responder a la otra persona con una pregunta del tema, quien repita la pregunta o se tarde en contestar , le tocará responder preguntas al final sobre el tema.                 |
| Temas                 | Tema 1: Explicación acerca de la reestructuración cognitiva por medio de las técnicas de reatribucion y uso de autoaserciones  |
| Desarrollo            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se buscará explicar a los cuidadores sobre la reestructuración cognitiva, enfocándose en su uso y finalidad.</li> <li>• Se profundizará acerca los pensamientos negativos o irracionales, y como cuestionar estos pensamientos, por medio de la técnica de reatribución.</li> </ul> |

|            |  |
|------------|--|
|            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mostrará como modificar los pensamientos negativos o irracionales, acerca de conductas que realiza mientras se encuentra al cuidado del paciente, por medio del uso de autoaserciones.</li> </ul>  |
| Cierre     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pedirá que se pongan en pareja y cuestionen el uno al otro un pensamiento negativo o irracional.</li> <li>• Se ayudarán para que cada uno modifique ese pensamiento a una de las 2 técnicas expuestas.</li> <li>• Al finalizar se aclararán dudas e ideas que se tengan sobre los temas vistos o sobre el curso taller.</li> </ul> |
| Materiales | Laptop, proyector, diapositivas acerca de los pensamientos negativos.  |

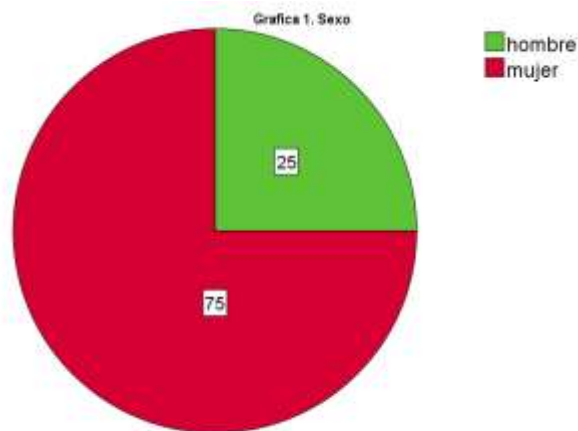


## CAPÍTULO V.

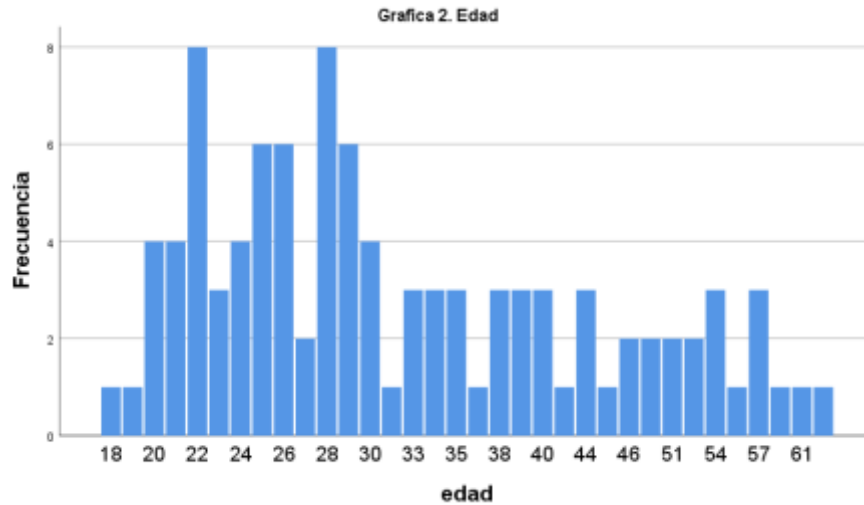
### ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 5.1. Resultados generales

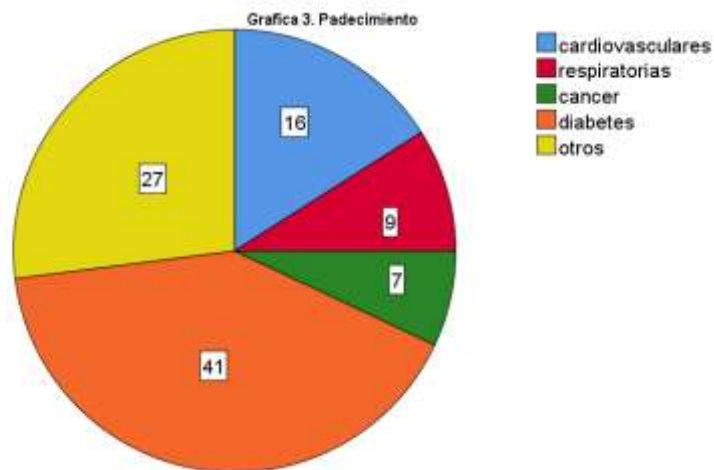
En esta investigación se realizó un estudio para identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores de pacientes crónicos, por medio del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés, y la Escala de desgaste del cuidador de Zarit, aplicando a cuidadores formales e informales que se encuentren en atención de un enfermo crónico, realizando estas evaluaciones en un periodo aproximado de 2 meses, A continuación, se muestran los resultados obtenidos de los 100 encuestados, De la gráfica número 1, como se observa, el mayor porcentaje se refiere a mujeres.



Como se muestra en la gráfica número 2, el mayor porcentaje se encuentra entre los 20 a 30 años, mientras que el menor porcentaje entre los 59 y 63 años.



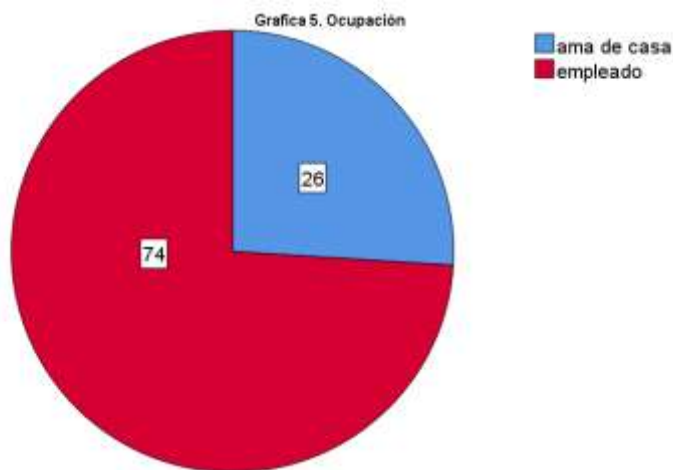
Como se expone en la gráfica número 3, el mayor porcentaje en padecimientos es diabetes, también con un porcentaje elevado otros padecimientos que son crónicos como demencia, Alzheimer, u otras enfermedades, seguido de padecimientos cardiovasculares y en menor porcentaje padecimientos respiratorios y cáncer.



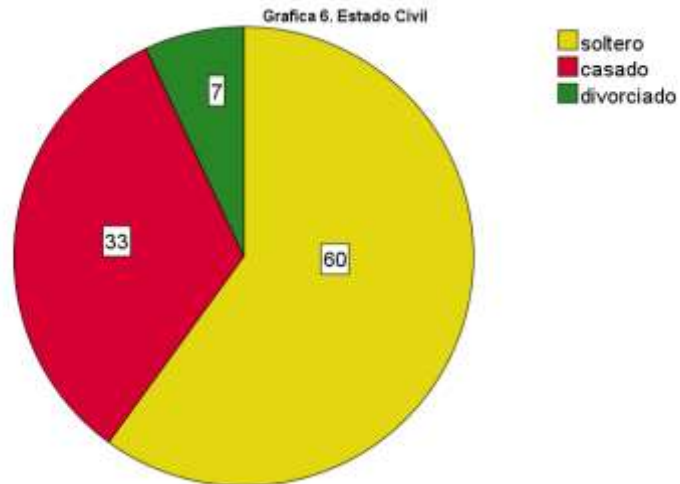
Como se puede apreciar en la gráfica número 4, el mayor porcentaje nos refiere a un vínculo profesional, manteniendo también un porcentaje elevado otros familiares como son nietos, abuelos, tíos, hermanos, seguido de padres, hijos y en un menor porcentaje la pareja del paciente.



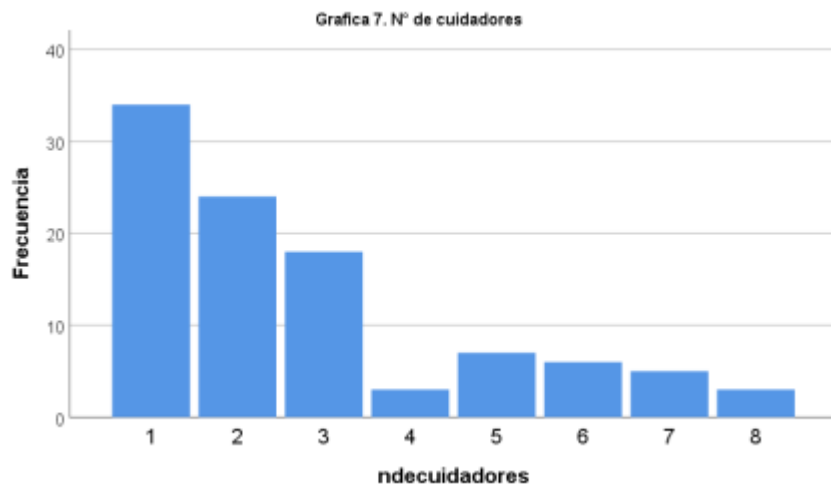
Como se muestra en la gráfica número 5, el mayor porcentaje de personas que mantienen un cuidado del paciente nos refleja que son empleados, y en menor porcentaje son amas de casa.



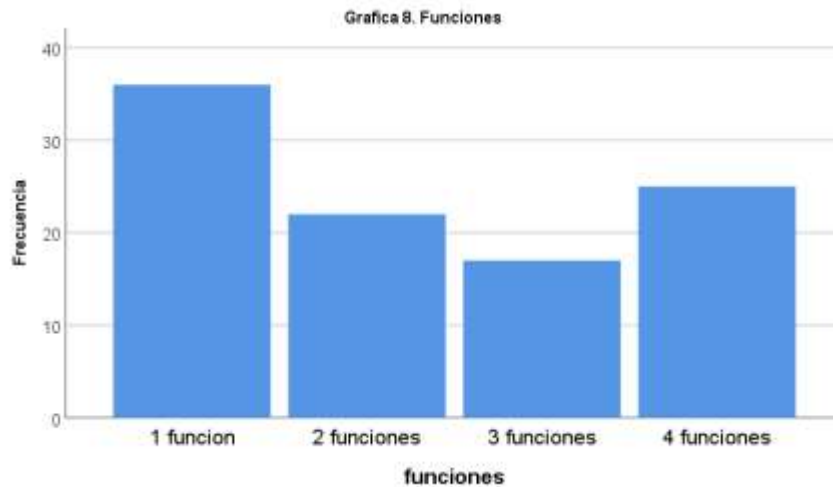
Como se explica en la gráfica número 6, el mayor porcentaje nos apunta a que los cuidadores son solteros, seguido de cuidadores casados y en menor grado divorciados.



Como se menciona en la gráfica número 7, el mayor porcentaje nos refiere a una persona al cuidado del paciente, seguidos de 2 a 3 cuidadores por paciente y en menores porcentajes pacientes con 4 personas o más a su cuidado.



Como se explica en la gráfica número 8, el mayor porcentaje nos menciona 1 función de cuidado, en menor grado cuidadores con 3 funciones de cuidado.



Así mismo, se identificó que, de las 100 personas encuestadas, se destacan con mayor porcentaje, la cantidad de personas que se encuentran al cuidado de una persona, con 55 personas, la decisión voluntaria del cuidado del paciente por parte del cuidador, con 73 personas, y el no recibir remuneración económica al cuidar al paciente con 53 personas.

## 5.2. Resultados de las escalas

En la Escala de Desgaste del Cuidador de Zarit, podemos identificar para la evaluación y análisis de resultados, los siguientes parámetros: puntajes menores a 47 nos refieren que no se ha encontrado desgaste por el cuidado del paciente, puntajes entre 47-55 muestran un desgaste leve por el cuidado, y puntajes arriba de 55 presentan un desgaste intenso.

Como se observa en la tabla número 1, se puede identificar que 12 personas de 100 presentan desgaste por el continuo cuidado de un paciente.

**Tabla 1.**

|  |                   |                    |
|--|-------------------|--------------------|
| <b>No hay desgaste por el cuidado del paciente</b> | <b>46 o menos</b> | <b>88 personas</b> |
| <b>Desgaste leve</b>                               | 47-55 puntos      | 5 personas         |
| <b>Desgaste intenso</b>                            | Mayor a 55 puntos | 7 personas         |
| <b>Total</b>                                       | 88 puntos         | 100 personas       |

Con el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés, se buscó analizar los resultados para identificar la estrategia de afrontamiento utilizada por los cuidadores de pacientes con enfermedad crónica.

Como se muestra en la tabla 2, esta nos refiere que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la religión y la focalización en la solución del problema, además los cuidadores que emplean más de una estrategia de afrontamiento tienden usar la focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social.

**Tabla 2.**

|        |                                       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|---------------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | busqueda de apoyo social              | 9          | 9.0        | 9.0               | 9.0                  |
|        | expresion emocional abierta           | 5          | 5.0        | 5.0               | 14.0                 |
|        | Religión                              | 26         | 26.0       | 26.0              | 40.0                 |
|        | focalizado en la solucion de problema | 20         | 20.0       | 20.0              | 60.0                 |

|  |                           |     |       |       |       |
|--|---------------------------|-----|-------|-------|-------|
|  | Evitación                 | 5   | 5.0   | 5.0   | 65.0  |
|  | autofocalizacion negativa | 1   | 1.0   | 1.0   | 66.0  |
|  | reevaluacion positiva     | 11  | 11.0  | 11.0  | 77.0  |
|  | mas de una                | 23  | 23.0  | 23.0  | 100.0 |
|  | Total                     | 100 | 100.0 | 100.0 |       |

En la tabla 3, se expone una relación significativa con respecto a mayor edad en el cuidador genera mayor desgaste.

|                   |                        | edad  | Totaldesgast<br>e |
|-------------------|------------------------|-------|-------------------|
| Edad              | Correlación de Pearson | 1     | .224*             |
|                   | Sig. (bilateral)       |       | .025              |
|                   | N                      | 100   | 100               |
| Totaldesgast<br>e | Correlación de Pearson | .224* | 1                 |
|                   | Sig. (bilateral)       | .025  |                   |
|                   | N                      | 100   | 100               |

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

En la próxima tabla 4, se presenta una relación significativa con referencia a mayor tiempo de cuidado, provoca mayor desgaste.

|                   |                        | totaldesgaste | Tiempodepa<br>d |
|-------------------|------------------------|---------------|-----------------|
| Totaldesgast<br>e | Correlación de Pearson | 1             | .330**          |
|                   | Sig. (bilateral)       |               | .001            |
|                   | N                      | 100           | 100             |
| Tiempodepad       | Correlación de Pearson | .330**        | 1               |
|                   | Sig. (bilateral)       | .001          |                 |
|                   | N                      | 100           | 100             |

\*\*.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como se muestra en la tabla 5, se refleja una relación significativa entre mayor desgaste, presentan mayor cantidad de consecuencias físicas presentando un número de 35 personas dolor de espalda, 28 dolor de cabeza, 22 problemas para dormir, 20 problemas en su alimentación y 14 problemas estomacales.

|                           |                        | totaldesgaste | consecuencia semocionales |
|---------------------------|------------------------|---------------|---------------------------|
| Totaldesgaste             | Correlación de Pearson | 1             | .719**                    |
|                           | Sig. (bilateral)       |               | .000                      |
|                           | N                      | 100           | 100                       |
| Consecuenciasemocional es | Correlación de Pearson | .719**        | 1                         |
|                           | Sig. (bilateral)       | .000          |                           |
|                           | N                      | 100           | 100                       |

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como se observa en la tabla 6, existe una relación significativa, entre mayor es el desgaste, se identifica mayor la cantidad de consecuencias emocionales, resaltando a 37 personas con estrés, 26 con ansiedad, 19 con tristeza, 18 con depresión, 16 falta de interés, 15 sentimientos de soledad, 14 aislamiento.

|                           |                        | totaldesgaste | consecuencia semocionales |
|---------------------------|------------------------|---------------|---------------------------|
| Totaldesgaste             | Correlación de Pearson | 1             | .719**                    |
|                           | Sig. (bilateral)       |               | .000                      |
|                           | N                      | 100           | 100                       |
| Consecuenciasemocional es | Correlación de Pearson | .719**        | 1                         |
|                           | Sig. (bilateral)       | .000          |                           |
|                           | N                      | 100           | 100                       |

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).



Basado en la tabla 7, podemos observar que las variables que se asocian al desgaste por el cuidado de pacientes son las siguientes: al cuestionar a los cuidadores con respecto a la decisión de cuidado presentan mayor desgaste al ser obligados a cuidar a su paciente y al no estar capacitado para las atenciones que requieren para su padecimiento, su desgaste también se ve afectado por el número de padecimientos que presenta un mismo paciente, y por la cantidad de personas que se involucran en el cuidado, por ende, entre menos cuidadores, genera mayor desgaste.

| Modelo |                   | Coeficientes no estandarizados |             | Coeficientes estandarizados | t      | Sig. |
|--------|-------------------|--------------------------------|-------------|-----------------------------|--------|------|
|        |                   | B                              | Desv. Error | Beta                        |        |      |
| 1      | (Constante)       | -11.188                        | 8.665       |                             | -1.291 | .200 |
|        | padecimiento      | 2.026                          | 1.064       | .159                        | 1.905  | .060 |
|        | ndecuidadores     | -1.946                         | .764        | -.219                       | -2.548 | .012 |
|        | decisiondecuidado | 16.207                         | 3.423       | .407                        | 4.734  | .000 |
|        | capacitado        | 11.584                         | 3.608       | .272                        | 3.211  | .002 |

a. Variable dependiente: totaldesgaste

Con respecto a la hipótesis de investigación: La autofocalización negativa y la religión son las estrategias de afrontamiento que favorecen en el desgaste de los cuidadores formales e informales de los pacientes con enfermedades crónicas. En la tabla 8, se obtuvieron los siguientes datos con respecto a las estrategias de afrontamiento que influyen en un mayor desgaste en los cuidadores siendo la expresión emocional abierta y la autofocalización negativa.

En la tabla 8, para la comprobación de dicha hipótesis se hizo un análisis de regresión múltiple, la cual consiste en explicar una variable dependiente, con variables independientes, obteniendo en los resultados que se comprueba una de las estrategias propuestas en la hipótesis de autofocalización negativa.

Es decir, las estrategias que generan un mayor desgaste en los cuidadores son la expresión emocional abierta y la autofocalización negativa, debido a que las personas presentan un sentimiento de indefensión debido a la postura y condiciones sobre su paciente, encasillándose en el pensamientos negativos de la situación, en la que haciendo aún lo necesario, las condiciones en las que se presenta la enfermedad y el cuidado no van a mejorar, por tanto buscan descargar el desgaste que le genera el cuidado, haciendo uso de un mal manejo de su emociones al relacionarse de forma hostil con quienes los rodean.

| Modelo |                                    | Coeficientes no estandarizados |             | Coeficientes estandarizados | t      | Sig. |
|--------|------------------------------------|--------------------------------|-------------|-----------------------------|--------|------|
|        |                                    | B                              | Desv. Error | Beta                        |        |      |
| 1      | (Constante)                        | 7.672                          | 2.610       |                             | 2.940  | .004 |
|        | reevaluacionpositiva               | .618                           | .410        | .180                        | 1.506  | .135 |
|        | busquedadeapoyosocial              | .423                           | .244        | .151                        | 1.730  | .087 |
|        | expresionemocionalabierta          | 1.055                          | .371        | .343                        | 2.842  | .006 |
|        | religion                           | -.343                          | .203        | -.132                       | -1.690 | .094 |
|        | focalizadoenlasoluciondel problema | -.235                          | .318        | -.081                       | -.741  | .461 |
|        | evitacion                          | -.571                          | .376        | -.154                       | -1.519 | .132 |
|        | autofocalizacionnegativa           | 1.738                          | .408        | .532                        | 4.258  | .000 |

a. Variable dependiente: totaldesgaste

Como se muestra en la tabla 9, nos indica que hay una diferencia significativa en el desgaste con respecto a la cantidad de personas que se encuentran a su cuidado, influyendo que sean 2 o más personas a su cuidado.

|  | Prueba de Levene de igualdad de varianzas |      | prueba t para la igualdad de medias |    |  |  |               |                     |
|--|---|------|-------------------------------------|----|--|--|---------------|---------------------|
|  | F   | Sig. | t                                   | gl |  |  | Diferencia de | 95% de intervalo de |
|  |   |      |                                     |    |  |  |               |                     |

|               |                                |       |      |       |        | Sig.<br>(bilateral) | Diferencia de medias | error estándar | confianza de la diferencia |          |
|---------------|--------------------------------|-------|------|-------|--------|---------------------|----------------------|----------------|----------------------------|----------|
|               |                                |       |      |       |        |                     |                      |                | Inferior                   | Superior |
| totaldesgaste | Se asumen varianzas iguales    | 4.485 | .037 | 3.029 | 98     | .003                | 10.386               | 3.429          | 3.582                      | 17.190   |
|               | No se asumen varianzas iguales |       |      | 3.130 | 96.369 | .002                | 10.386               | 3.318          | 3.800                      | 16.972   |

Como se identifica en la siguiente tabla 10, mostrando una diferencia significativa en el desgaste con respecto a la decisión del cuidado de sus pacientes, siendo la más relevante que sean obligados a ser cuidadores.

| <b>Tabla 10.</b> |                                |   |      |                                     |        |                     |                      |                              |  |          |
|------------------|--------------------------------|---|------|-------------------------------------|--------|---------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
|                  |                                | Prueba de Levene de igualdad de varianzas |      | prueba t para la igualdad de medias |        |                     |                      |                              |  |          |
|                  |                                | F   | Sig. | t                                   | gl     | Sig.<br>(bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |
|                  |                                |   |      |                                     |        |                     |                      |                              | Inferior                                       | Superior |
| totaldesgaste    | Se asumen varianzas iguales    | 10.907                                    | .001 | -5.452                              | 98     | .000                | -19.187              | 3.519                        | -26.171  | -12.203  |
|                  | No se asumen varianzas iguales |   |      | -4.364                              | 33.179 | .000                | -19.187              | 4.397                        | -28.130  | -10.243  |

Como se presenta en la tabla 11, nos refiere una diferencia significativa en el desgaste con respecto a la capacitación sobre el cuidado de padecimiento, afectando más al cuidador, el no estar capacitado.

| <b>Tabla 11.</b> |                                |   |      |                                     |        |                  |                      |                              |  |          |          |
|------------------|--------------------------------|---|------|-------------------------------------|--------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|----------|
|                  |                                | Prueba de Levene de igualdad de varianzas |      | prueba t para la igualdad de medias |        |                  |                      |                              |  |          |          |
|                  |                                | F   | Sig. | t                                   | gl     | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |          |
|                  |                                |   |      |                                     |        |                  |                      |                              |  | Inferior | Superior |
| totaldesgaste    | Se asumen varianzas iguales    | 3.205                                     | .076 | -3.825                              | 98     | .000             | -15.362              | 4.017                        | -23.333  | -7.392   |          |
|                  | No se asumen varianzas iguales |   |      | -3.185                              | 27.396 | .004             | -15.362              | 4.824                        | -25.253  | -5.472   |          |

Como se expresa en la tabla 12, se obtuvo que, si hay diferencia significativa en el desgaste con respecto a cuidadores cuando hay presencia de responsabilidades de atención en su propio núcleo familiar, como son hijos, esposo u otro familiar.

| <b>Tabla 12.</b> |                                |       |      |                                     |        |                  |                      |                              |  |          |          |
|------------------|--------------------------------|-------|------|-------------------------------------|--------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|----------|
|                  |                                |       |      | prueba t para la igualdad de medias |        |                  |                      |                              |  |          |          |
|                  |                                | F     | Sig. | t                                   | gl     | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |          |
|                  |                                |       |      |                                     |        |                  |                      |                              |  | Inferior | Superior |
| Totaldesgaste    | Se asumen varianzas iguales    | 2.639 | .108 | 2.540                               | 98     | .013             | 9.408                | 3.704                        | 2.058  | 16.758   |          |
|                  | No se asumen varianzas iguales |       |      | 2.314                               | 48.969 | .025             | 9.408                | 4.065                        | 1.238  | 17.578   |          |

Como se explica en la tabla 13, se observa una diferencia significativa en el desgaste con respecto a los cuidadores cuando realizan cambios de rutina que afectan

en la ausencia de eventos sociales y convivencia con su círculo social por el cuidado de su paciente.

|               |                                | Prueba de Levene de igualdad de varianzas |      | prueba t para la igualdad de medias |        |                  |                      |                              |  |          |
|---------------|--------------------------------|---|------|-------------------------------------|--------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
|               |                                | F   | Sig. | t                                   | gl     | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |
|               |                                |   |      |                                     |        |                  |                      |                              | Inferior                                       | Superior |
| totaldesgaste | Se asumen varianzas iguales    | 2.266                                     | .135 | 3.247                               | 98     | .002             | 11.117               | 3.423                        | 4.323  | 17.910   |
|               | No se asumen varianzas iguales |   |      | 3.386                               | 97.958 | .001             | 11.117               | 3.283                        | 4.602  | 17.631   |

Como señala la tabla 14, hay una diferencia significativa entre el desgaste y el vínculo que se mantiene con el paciente, teniendo una media de 19.30 en los profesionales y 41.70 en hijos generando mayor desgaste en los hijos

| totaldesgaste    |                   |    |                  |       |      |
|------------------|-------------------|----|------------------|-------|------|
|                  | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F     | Sig. |
| Entre grupos     | 4509.582          | 4  | 1127.396         | 4.016 | .005 |
| Dentro de grupos | 26671.008         | 95 | 280.747          |       |      |
| Total            | 31180.590         | 99 |                  |       |      |

Como se expone en la siguiente tabla 15, presenta una diferencia significativa ante el desgaste y el tiempo de trabajo del cuidador, teniendo una media de 21.74 en el trabajo

de 8 horas y 35.50 en trabajos de más de 8 horas generando mayor desgaste en horarios de trabajo más extenso.

**Tabla 15.**

| totaldesgaste    |                   |    |                  |       |      |
|------------------|-------------------|----|------------------|-------|------|
|                  | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F     | Sig. |
| Entre grupos     | 3304.354          | 2  | 1652.177         | 5.749 | .004 |
| Dentro de grupos | 27876.236         | 97 | 287.384          |       |      |
| Total            | 31180.590         | 99 |                  |       |      |

Se identifica en la tabla 16, que hay una diferencia significativa con el desgaste y el nivel económico de los cuidadores, teniendo una media de 21.75 en los niveles económicos medios y 34.33 en los niveles económicos bajos generando mayor desgaste en los cuidadores con menores posibilidades económicas.

**Tabla 16.**

| totaldesgaste    |                   |    |                  |       |      |
|------------------|-------------------|----|------------------|-------|------|
|                  | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F     | Sig. |
| Entre grupos     | 3127.153          | 2  | 1563.577         | 5.406 | .006 |
| Dentro de grupos | 28053.437         | 97 | 289.211          |       |      |
| Total            | 31180.590         | 99 |                  |       |      |

## CONCLUSIONES

Dentro de la investigación nos hemos enfocado en los procesos que se llevan a cabo durante una problemática, y como consecuencia influyen en la homeostasis de una persona, por ello se investigó principalmente acerca del estrés, siendo parte fundamental el conocimiento sobre cuáles son los tipos de estresores, como se generan, consecuencias, y como desencadenan una serie de procesos para volver a conseguir la estabilidad.

Estos procesos se ven vinculados a una siguiente etapa que la denominamos afrontamiento, en la cual las personas recurren a distintas interpretaciones de lo ocurrido para poder desarrollar la solución, que basado en sus experiencias, pueden llegar a utilizar para generar los mejores resultados, obteniendo información sobre los procesos de interpretación, análisis, y desarrollo de estrategias.

Tomando en cuenta la relevancia que mantienen las experiencias en el afrontamiento, se profundizó en las estructuras familiares y como los protocolos que se utilizan para solucionar las problemáticas vividas como familia, van a influir como base en la elección de estrategias de afrontamiento de forma individual ante sus problemas particulares.

Es importante resaltar que cada una de las investigaciones revisadas sobre el afrontamiento y sus estrategias provenientes de distintos autores, en gran parte son realizadas por países europeos, siendo muy relevante que, a pesar de que estas investigaciones han ido tomando relevancia a lo largo de los años, en países latino americanos, se mantiene muy poca información.

Al profundizar en los estudios acerca de las Estrategias de Afrontamiento, se observó que cada uno de los autores al hablar de afrontamiento denomina de diferente forma a cada una de las estrategias, pero manteniendo los fundamentos teóricos de cada uno, se empleó la propuesta realizada por Campos et al., y Londoño et al. para hacer una descripción de todas las estrategias y complementar la información; sumado a esto, para la evaluación fue utilizado el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés de Sandín y Chorot, el cual consta con 7 de las estrategias descritas en el marco teórico, fue empleado para los cuidadores, debido al énfasis y profundidad al focalizarse en las estrategias de afrontamiento.

Posteriormente, para entender mejor con respecto a la influencia del afrontamiento fue necesario, involucrar los parámetros en los que la salud de un paciente puede afectar en los aspectos biopsicosociales.

Dentro de los resultados obtenidos a través de las escalas podemos identificar que las estrategias con mayor regularidad utilizadas por los cuidadores tanto profesionales como cuidadores que son familiares, amigos o vínculos con el paciente, la primera y más relevante es la religión, es importante resaltar que una de las formas más comunes de canalizar las problemáticas en México se ven atribuidas a creencias sobre Dios, así mismo, las soluciones y recompensas que genera y como segunda estrategia la focalización en la solución del problema.

En cuanto a las personas que mantienen más de una estrategia de afrontamiento, dentro de las más relevantes fueron la focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social se ven modificadas debido a que cada una de las circunstancias varían en la forma de resolución, ya que algunos problemas no pueden obtener una solución positiva, y así mismo los cuidadores presentan un proceso de deconstrucción en algunas circunstancias en las cuales el uso de una estrategia ya no proporciona los resultados deseados y requieren ser modificados o cambiados.



Sin embargo, al involucrar las estrategias que favorecen mayor desgaste en los cuidadores, se encuentran la expresión emocional abierta y la autofocalización negativa; la primera nos refiere a cuidadores que realizan conductas de descarga hacia los demás, acompañado de comportamientos hostiles como agresiones o insultos, todo esto influenciado por su intento de desahogo emocional, debido a todo lo que acontece al ser cuidador y la segunda nos refiere a conductas como autoconvecimiento resignación, autculpabilización y sentimiento de indefensión, con respecto a las condiciones del paciente, debido a la incapacidad de resolver la situación o hacer que dejen de ir mal, esto se va ver asociado al poco manejo emocional de las personas, en el cual son la fuente de apoyo principal o la única para el paciente, y no pueden hacerse a un lado al estar tan involucrados en su problema de salud, desencadenando una presión sobre ellos acerca del tratamiento cuidado y evolución en el paciente, tomando en cuenta que las condiciones médicas se degradan con el tiempo, por lo que mantienen un compromiso con su cuidado, recurriendo a estrategias que le permitan mostrar resistencia ante la situación.

Dentro de las características de los cuidadores que favorecen el desgaste se encuentran la edad y el tiempo que invierten para cuidar de un paciente, la decisión de cuidado al ser obligados, no recibir una capacitación adecuada, cantidad de enfermedades presentes en un mismo paciente y las personas que lo cuidan, esto debido a que las condiciones de accesibilidad para el cuidado del paciente hacen menos pesado las tareas al ser divididas, adjudicando responsabilidades, y tomando en cuenta la apertura que te brinden para dar el mejor cuidado al paciente, así mismo, las habilidades y capacidades físicas con las que cuenta el cuidador.

De igual forma, esto también se vio reflejado en cuanto a las consecuencias emocionales de las personas, entre las respuestas más significativas, siendo la primera estrés, seguido ansiedad, tristeza y por ultimo depresión, y reflejando en mayor cantidad

consecuencias físicas como dolores de espalda y de cabeza, seguido de problemas para dormir y en la alimentación, cabe recalcar que las escalas aplicadas no evalúan, ni analizan ninguno de estos diagnósticos, solamente es el reactivo con el que cada uno de las personas se sintió identificado con respecto a lo que conocen sobre los diagnósticos, teniendo errores de reificación, por lo cual a futuro se sugiere que se evalúe y compare con las consecuencias que más se reportan, ya que en mi investigación no se abordan.

Otros que forman parte de una característica significativa, es el mantenerse al cuidado de más de 2 personas, debido a la carga que física y de responsabilidades ya sea tanto con otros pacientes con enfermedades crónicas o en presencia de familia, es muy característico identificar mayor desgaste por parte de hijos al mantener una relación continua con los padres que tienen ese padecimiento y sus necesidades al ser el vínculo más cercano y fuente de cuidado e ingresos.

Estas condiciones pueden llegar a verse aún más perjudicadas cuando la persona tiene que someterse a cambios de rutina y convivencia, por las necesidades físicas de su paciente o al mismo tiempo cuando son trabajadores y necesitan de un horario de trabajo más extenso al no contar con las condiciones económicas para solventar el tratamiento, ocasionando mayores actividades, consecuencias emocionales y cognitivas, de las que el cuidador pueda resistir por un largo periodo de tiempo.

Por último, con toda la información que se ha obtenido por medio de esta investigación, es necesario abordar la postura del psicólogo en cuanto a los resultados que se reflejaron a través de este estudio, cada una de las personas que presentan un mayor desgaste por el continuo cuidado de un paciente crónico, necesitan una estructura de apoyo, si bien las necesidades del paciente no las podemos eliminar, y cada vez estas necesidades se incrementan a manera que evoluciona el padecimiento, podemos rodear al cuidador de distintos vínculos que aporten no al cuidado del paciente, pero si a que las demás áreas de apoyo que requiere el cuidador, disminuyan y de esa forma, el desgaste

no empeore por distintas tareas, ocupaciones y necesidades materiales que suplir, involucrando a miembros de la propia familia del cuidador en los cuales puedas delegar ciertas actividades o apoyarse de vínculos cercanos.

A través del proceso psicoterapéutico, se puede permitir al cuidador llevar un proceso terapéutico donde se examinen las condiciones en las que se encuentra el paciente, sus necesidades, parámetros de ayuda, condiciones materiales e ideológicas, y sobre ello trabajar en generar estrategias de solución al problema, conductas que favorezcan al desempeño con su paciente desgastando en menor cantidad, o actividades que permitan canalizar todos sus pensamientos y emociones negativas sobre la salud presente y futura del paciente y así mismo, puede proporcionar información sobre instituciones, organizaciones o programas de apoyo, que se vinculen a su problema y como brindar soluciones, para una mejora en su calidad de vida.

## REFERENCIAS

- Alejo, N., Bayón, M., Cobos, M., Moreno, M., Sabín, C., Sánchez, J. (2012). Manual de enfermería familiar y comunitaria. España: CTO Editorial.
- Andolfi, M. (1991). Terapia familiar un enfoque interaccional. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Barbado, F., Gómez, J., López, M., y Vázquez, J. (2006). El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna. Anales de Medicina Interna. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992006000500009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000500009&lng=es&tlng=es). el 04 de julio de 2022.
- Berman, A. y Snyder, S. (2013). Fundamento de enfermería: volumen 2, conceptos, proceso y práctica, 9ª edición. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Campos, M., Iraurgi, J., Paéz, D. y Velasco, C., (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. Boletín de psicología. recuperado de: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N82-2.pdf> el 24 de septiembre de 2021.
- Castañeda, J., De la Torre, M., Morán, J., Lara, L. (2002). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V.
- Centro Internacional sobre el Envejecimiento. (2019). Desgaste del cuidador: Atento a los síntomas. Recuperado de <https://cenie.eu/es/blog/desgaste-del-cuidador-atento-los-sintomas> el 1 de abril de 2022.
- Chávez, A. (2015). Albert Ellis (1913-2007): La vida y obra de un terapeuta cognitivo. Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú. Recuperado de <https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/download/32/33/99> el 4 de febrero de 2022.
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2020). ¿Qué es la Salud Mental?. Secretaría de salud. el 11 de mayo de 2022, de <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/que-es-la-salud-mental> el 23 de febrero de 2022.
- Coon, D. (2001). Psicología. Exploración y aplicaciones 8ª edición. México: Internacional Thomson Editores, S.A. de C.V.

- Expósito Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Revista Habanera de Ciencias Médicas, Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es&tlng=pt.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es&tlng=pt.)) el 25 de febrero de 2022.
- Fadiman, J., y Frager, R. (2002). Teorías de la personalidad. México: Alfaomega Grupo Editor.
- Feixas, G., y Miró, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia Una introducción a los tratamientos psicológicos. España: Editorial Paidós Ibérica, S.A.
- Florencia, M. (2022). psicobiología del estrés. Universidad de Buenos Aires. recuperado de [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/090\\_comportamiento/material/tp\\_estres.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf) el 3 de abril de 2022.
- Flórez, L. (2007). Psicología social de la salud: promoción y prevención. Bogotá: Editorial El Manual Moderno.
- Gómez, M. (2016). Cuidado formal e informal de personas mayores dependientes. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13437/TFM000507.pdf?sequence=1> el 25 de mayo de 2022.
- Gomezjara, F. (2003). Sociología. México: Editorial Porrúa.
- González, M., y Crespo, S. (2018). Salud pública y enfermería comunitaria. México: Editorial El Manual Moderno de S.A. de C.V.
- González, N. (2008). Reforma en salud: entre el modelo biomédico y el carácter social de la salud. Atención a pacientes diabéticos no insulino dependientes. Convergencia. Revista de Ciencias Sociales. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10504607> el 25 de mayo de 2022.
- Gutiérrez, R., Díaz, K., y Román, R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10448076002/10448076002.pdf> el 11 de mayo de 2022.
- Hernández, R., Fernández, R., y Baptista, M.(2014). Metodología de la Investigación Sexta edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.de C.V.
- Horton, P., y Hunt, C., (2000). Sociología. México: McGraw-Hill Interamericana S.A.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020. Recuperado de

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/De funcionesRegistradas2020\\_Pnles.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/De funcionesRegistradas2020_Pnles.pdf) el 25 de febrero de 2022.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2006). Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos. Recuperado de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100779.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf) el 17 de noviembre de 2021.

Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez C. & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Prensa Medica Latinoamericana. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf> el 18 de mayo de 2022.

Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., y Loscalzo, J. (2016). Harrison: Principios de Medicina Interna, 19ª Edición. México: McGraw-Hill Interamericana S.A.

León, M. (2016). Técnicas cognitivas de Aaron Beck, en adolescentes con problemas de consumo de drogas en la unidad educativa "Javeriano". Universidad del Azuay. Recuperado de <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/5444/1/11786.pdf> el 4 de febrero de 2022.

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., & Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. Universitas Psychologica. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672006000200010&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000200010&lng=en&tlng=es). El 25 de mayo de 2022.

Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007> el 1 de abril de 2022.

Mayordomo, T., (2013). Afrontamiento, resiliencia y bienestar a lo largo del ciclo vital, Valencia: Universidad de Valencia. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/71013352.pdf> el 29 de julio de 2021.

Mayorga, T. (2014). Aplicación de la terapia racional emotiva de Ellis para el fortalecimiento de la autoestima en pacientes adultos con insuficiencia renal, atendidos en la clínica de los riñones menydial de la ciudad de Ambato. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1011/1/80222.pdf> el 18 de mayo de 2022.

Molina, T., Gutiérrez, A., Hernández, L., y Contreras, C. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. Anales de Psicología. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589019> el 3 de abril de 2022.

- Moreno, G. (2020). Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en Covid-19. CienciAmérica. Recuperado de <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.314> el 26 de Febrero de 2022.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> el 24 de febrero de 2022.
- Palmero, F., Fernández, E., Martínez, F., y Chóliz, M. (2002). Psicología de la motivación y emoción. España: Editorial Mc-Graw-Hill.
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2001). Desarrollo Humano. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana S.A.
- Piña, J., Sánchez, C., García, I., Ybarra, J., y García, C. (2013). Psicología y salud en México: algunas reflexiones basadas en el sentido común y la experiencia. Diversitas: Perspectivas en Psicología. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982013000200009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982013000200009&lng=en&tlng=es) el 5 de marzo de 2002.
- Ribes, E. (2008). Psicología y salud: un análisis conceptual. México: Trillas.
- Riquelme, M. (2012). Metodología de educación para la salud. Revista Pediatría Atención Primaria. recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200011> el 18 de mayo de 2022.
- Sánchez, P. (2008). Psicología clínica. México: Editorial El Manual Moderno. S.A. de C.V.

## ANEXOS

| <b>ESCALA DEL CUIDADOR PARA ENFERMEDADES CRONICAS</b>   |   |                     |                              |                       |
|---|---|---------------------|------------------------------|-----------------------|
| Responda las siguientes preguntas como se indica CON RESPECTO A PACIENTES CON ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA, marque con una x aquellas que contengan opciones, de tener más de una persona a su cuidado, seleccione el padecimiento le presente mayor dificultad. |   |                     |                              |                       |
| 1   | ¿Cuál es su sexo?   | Hombre              | Mujer                        |                       |
| 2   | ¿Qué edad tiene usted?  |                     |                              |                       |
| 3   | ¿Cuántas personas están a su cuidado?   | 1 persona           | 2 o más personas             |                       |
| 4   | ¿Cuál es el padecimiento de su paciente?  |                     |                              |                       |
| 5   | ¿Cuánto tiempo lleva su paciente con el padecimiento?   |                     |                              |                       |
| 6   | ¿Cuál es su vínculo con el paciente?  |                     |                              |                       |
| 7   | ¿Cuánto tiempo lleva siendo su cuidador?  |                     |                              |                       |
| 8   | ¿Cuál es su ocupación?  |                     |                              |                       |
| 9   | ¿Cuánto tiempo trabaja?   | Menos de 8 hrs.     | 8 horas                      | Más de 8 hrs.         |
| 10  | ¿Cuál es su nivel socioeconómico?   | Alto                | Medio                        | Bajo                  |
| 11  | ¿Cuál es su estado civil?   | Soltero             | Casado                       | Divorciado            |
| 12  | ¿Cuál es su turno de cuidado?   | Día                 | Noche                        |                       |
| 13  | ¿Cuántas personas están al cuidado del paciente?  |                     |                              |                       |
| 14  | ¿Cómo fue la decisión de ser cuidador?  | Voluntario          | Obligatorio                  |                       |
| 15  | ¿Está capacitado para el cuidado de su paciente?  | Si                  | No                           |                       |
| 16  | ¿Recibe alguna remuneración por el cuidado de su paciente?                                    | Si                  | No                           |                       |
| 17  | ¿Qué funciones cumple como cuidador de su paciente?   | Medicación          | Aseo                         |                       |
|   |   | Movilidad           | Alimentación                 |                       |
| 18  | ¿Se hace cargo de otra persona (padre, hijo, otro familiar)?                                  | Si                  | No                           |                       |
| 19  | ¿Ha dejado de acudir a eventos sociales o hacer cosas por atender a su paciente?              | Si                  | No                           |                       |
| 20  | ¿Ha desencadenado consecuencias físicas el cuidado del paciente? Puede seleccionar más de una | Dolor de cabeza     | Dolor de espalda             | Problemas estomacales |
|   |   | Problemas al dormir | Problemas en la alimentación | Ninguna               |



|    |   |   |                        |             |         |
|----|---|---|------------------------|-------------|---------|
| 21 | ¿Ha desencadenado consecuencias emocionales al cuidar de su paciente?<br>Puede seleccionar más de una | Tristeza  | Depresión              | Ansiedad    | Estrés  |
|    |   | Falta de interés por otras personas o actividades | Sentimiento de soledad | Aislamiento | Ninguna |

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación: 0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre

|    |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1  | ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?  |   |   |   |   |   |
| 2  | ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su paciente no tiene tiempo para usted?                                    |   |   |   |   |   |
| 3  | ¿Se siente agobiado por cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades (trabajo, familia, etc.)? |   |   |   |   |   |
| 4  | ¿Se siente avergonzado por la conducta de su paciente?   |   |   |   |   |   |
| 5  | ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente?  |   |   |   |   |   |
| 6  | ¿Piensa que su paciente afecta negativamente su relación con otros miembros de su familia (pareja, hijos...)?      |   |   |   |   |   |
| 7  | ¿Tiene miedo de lo que el futuro le depara a su paciente?  |   |   |   |   |   |
| 8  | ¿Cree que su paciente depende de usted?  |   |   |   |   |   |
| 9  | ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?   |   |   |   |   |   |
| 10 | ¿Cree que la salud de usted se ha deteriorado por cuidar a su paciente?  |   |   |   |   |   |
| 11 | ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar a su paciente?  |   |   |   |   |   |
| 12 | ¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su paciente?   |   |   |   |   |   |
| 13 | ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades al cuidar de su paciente?                                       |   |   |   |   |   |
| 14 | ¿Cree que su paciente espera que usted sea la única persona que lo cuide, como si nadie más pudiera hacerlo?       |   |   |   |   |   |
| 15 | ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente y además cubrir otros gastos?                       |   |   |   |   |   |
| 16 | ¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo?   |   |   |   |   |   |
| 17 | ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inició la enfermedad y el cuidado de su paciente?  |   |   |   |   |   |

|    |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 18 | ¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona?              |  |  |  |  |  |
| 19 | ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?                         |  |  |  |  |  |
| 20 | ¿Cree que debería hacer más por su paciente?                                 |  |  |  |  |  |
| 21 | ¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente?                                |  |  |  |  |  |
| 22 | En resumen ¿se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su paciente? |  |  |  |  |  |

En las preguntas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer y recordar en qué medida usted la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés con su paciente.

Puntuación:

0-Nunca 1-Pocas veces 2-A veces 3-Frecuentemente 4-Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés con su paciente?

|    |   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1  | Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente         |   |   |   |   |   |
| 2  | Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal |   |   |   |   |   |
| 3  | Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema                    |   |   |   |   |   |
| 4  | Descargué mi mal humor con los demás  |   |   |   |   |   |
| 5  | Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras   |   |   |   |   |   |
| 6  | Le conté a familiares o amigos como me sentía                               |   |   |   |   |   |
| 7  | Asistí a la iglesia   |   |   |   |   |   |
| 8  | Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados          |   |   |   |   |   |
| 9  | No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas                 |   |   |   |   |   |
| 10 | Intenté sacar algo positivo del problema                                    |   |   |   |   |   |
| 11 | Insulté a ciertas personas  |   |   |   |   |   |
| 12 | Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema     |   |   |   |   |   |

|    |   |  |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 13 | Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema             |  |  |  |  |  |
| 14 | Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, pastor, etc.)                 |  |  |  |  |  |
| 15 | Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo acabo                           |  |  |  |  |  |
| 16 | Comprendí que yo fui el principal causante del problema                           |  |  |  |  |  |
| 17 | Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás    |  |  |  |  |  |
| 18 | Me comporté de forma hostil con los demás   |  |  |  |  |  |
| 19 | Salí al cine, a cenar, a dar una vuelta, etc...para olvidarme del problema        |  |  |  |  |  |
| 20 | Pedí a pariente o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema             |  |  |  |  |  |
| 21 | Acudí a la iglesia para rogar que se solucionase el problema                      |  |  |  |  |  |
| 22 | Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema         |  |  |  |  |  |
| 23 | Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación   |  |  |  |  |  |
| 24 | Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mi más importantes  |  |  |  |  |  |
| 25 | Agredí a algunas personas   |  |  |  |  |  |
| 26 | Procuré no pensar en el problema  |  |  |  |  |  |
| 27 | Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal |  |  |  |  |  |
| 28 | Tuve fe en que Dios remediaría la situación                                       |  |  |  |  |  |
| 29 | Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas            |  |  |  |  |  |
| 30 | Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema    |  |  |  |  |  |
| 31 | Experimenté personalmente eso de que "no hay mal que por bien no venga"           |  |  |  |  |  |
| 32 | Me irrité con alguna gente  |  |  |  |  |  |
| 33 | Practiqué algún deporte para olvidarme del problema                               |  |  |  |  |  |
| 34 | Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería mejor camino a seguir    |  |  |  |  |  |
| 35 | Recé  |  |  |  |  |  |
| 36 | Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema               |  |  |  |  |  |

|    |   |  |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 37 | Me resigné a aceptar las cosas como eran  |  |  |  |  |  |
| 38 | Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor                         |  |  |  |  |  |
| 39 | Luché y me desahugué expresando mis sentimientos  |  |  |  |  |  |
| 40 | Intenté olvidarme de todo   |  |  |  |  |  |
| 41 | Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos |  |  |  |  |  |
| 42 | Acudí a la iglesia para poner velas o rezar   |  |  |  |  |  |