



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
INDOAMÉRICA**

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

TEMA:

**“MANEJO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES
CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PRESENTEN
SÍNDROME DE BURNOUT, BENEFICIARIOS DEL BONO JOAQUÍN
GALLEGOS LARA DEL MIES DE LA CIUDAD DE LATACUNGA”**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo General.

Autora

Rodríguez Armas Carla Johana

Tutora

Psc. Cl. Labre Tarco Verónica Elizabeth, Mg.

AMBATO – ECUADOR

2018

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE TÍTULACIÓN**

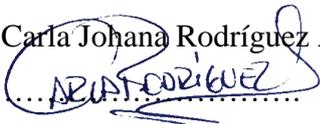
Yo, Carla Johana Rodríguez Armas, declaro ser autor del Trabajo de Titulación con el nombre “MANEJO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PRESENTEN SÍNDROME DE BURNOUT, BENEFICIARIOS DEL BONO JOAQUÍN GALLEGOS LARA DEL MIES DE LACIUDAD DE LATACUNGA”, como requisito para optar al grado de Psicóloga General y autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Ambato, a los 17 días del mes de Mayo de 2018, firmo conforme:

Autor: Carla Johana Rodríguez Armas

Firma: 

Número de Cédula: 0502378912

Dirección: Cotopaxi, Latacunga, Ignacio Flores, El Niágara.

Correo Electrónico: carlyta.rodriga@gmail.com

Teléfono: 0998550085

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Titulación “MANEJO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PRESENTEN SÍNDROME DE BURNOUT, BENEFICIARIOS DEL BONO JOAQUÍN GALLEGOS LARA DEL MIES DE LACIUDAD DE LATACUNGA” presentado por Carla Johana Rodríguez Armas, para optar por el Título de Psicóloga General,

CERTIFICO

Que dicho trabajo de investigación ha sido revisado en todas sus partes y considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del Tribunal Examinador que se designe.

Ambato, 17 de Mayo del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Verónica Elizabeth Tarco Labre', is written over a horizontal dotted line. A vertical solid line is positioned to the right of the signature.

Psc. Cl. Labre Tarco Verónica Elizabeth, Mg.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, declaro que los contenidos y los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, como requerimiento previo para la obtención del Título de Psicóloga General, son absolutamente originales, auténticos y personales y de exclusiva responsabilidad legal y académica del autor

Ambato, 17 de Mayo del 2018

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'CARLA RODRIGUEZ', written over a horizontal dotted line.

Carla Johana Rodríguez Armas

0502378912

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Titulación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: “MANEJO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PRESENTEN SÍNDROME DE BURNOUT, BENEFICIARIOS DEL BONO JOAQUÍN GALLEGOS LARA DEL MIES DE LACIUDAD DE LATACUNGA”, previo a la obtención del Título de Psicóloga General, reúne los requisitos de fondo y forma para que el estudiante pueda presentarse a la sustentación del trabajo de titulación.

Ambato 17 de Mayo de 2018

.....
Dr. Betancourt Ulloa Fernando Renato
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

.....
Ps. Olalla Pardo Verónica Elizabeth
VOCAL

.....
Ps. Cl. Salinas Aguilar Paola Estefanía
VOCAL

DEDICATORIA

El presente caso de investigación va dedicado a mi hija Angela Nicole, quien ha sido mi más grande motivación durante esta etapa de mi vida, a mis padres y hermanos que han sido mi soporte y mi mayor apoyo desde que inicie con este proyecto.

AGRADECIMIENTO

Mis sinceros agradecimientos a mis maestros y compañeros de estudio por hacer cada día de clases el mejor, con sus enseñanzas y experiencias compartidas; a mi Tutora Mgs. Verónica Labre por su paciencia y guía en el desarrollo de esta investigación, al Ps. Diego Aguilera Fabara por la apertura y apoyo incondicional para trabajar con el grupo de cuidadores de personas con discapacidad severa del Mies Latacunga y a los cuidadores del grupo “Todo es Posible”.

INDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
AUTORIZACIÓN PARA EL REPOSITORIO DIGITAL	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR	iii
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD	iv
APROBACIÓN TRIBUNAL	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN EJECUTIVO	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	1

CAPITULO I

EL PROBLEMA	3
CONTEXTUALIZACIÓN	3
ANTECEDENTES	6
FUNDAMENTACIONES	9
FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA	9
FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA	10
FUNDAMENTACIÓN LEGAL	12
INTERROGANTES BÁSICAS PARA EL ANÁLISIS DE CASOS	14
DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
MARCO CONCEPTUAL	18
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	18
DEFINICIONES	18
IMPORTANCIA	20
BIENESTAR	21

BIENESTAR INDIVIDUAL	22
BIENESTAR FAMILIAR	24
TIPOS	27
AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LOS PROBLEMAS	28
AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LAS EMOCIONES	30
PROCESOS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	31
LA TERAPIA BREVE COGNITIVO - CONDUCTUAL.....	36
HIPÓTESIS	39
HI (HIPÓTESIS ALTERNA).....	39
HO (HIPÓTESIS NULA).....	39
SEÑALAMIENTO DE VARIABLES	39
VARIABLE	39
CAPITULO II	
METODOLOGIA	40
POBLACIÓN Y MUESTRA	40
MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	40
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DEL ANÁLISIS CASUÍSTICO....	42
PROCESO SECUENCIAL DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	42
PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN	44
CAPITULO III	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	73
CAPITULO IV	
DISCUSIÓN	79
CAPITULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	82
BIBLIOGRAFÍA	84
ANEXOS	87
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	87
FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA	88
FORMATO DE INFORME DE RESULTADOS DEL TEST CRI-A.....	89
FOTOGRAFÍAS.....	97

INDICE DE TABLAS

Cuadro 1. Plan de Tratamiento Caso 1	45
Cuadro 2. Plan de Tratamiento Caso 2	51
Cuadro 3. Plan de Tratamiento Caso 3	57
Cuadro 4. Plan de Tratamiento Caso 4	63
Cuadro 5. Plan de Tratamiento Caso 5	69
Cuadro 6. Prueba t para medias de dos muestras emparejadas	78

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Estrategias de Afrontamiento antes de recibir terapia	74
Gráfico N° 2. Estrategias de Afrontamiento después de recibir terapia	75
Gráfico N° 3. Estrategias de Afrontamiento Pre y Pos Terapia	76

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERAS DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

TEMA: “MANEJO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PRESENTEN SÍNDROME DE BURNOUT, BENEFICIARIOS DEL BONO JOAQUÍN GALLEGOS LARA DEL MIES DE LACIUDAD DE LATACUNGA”

AUTOR: Carla Johana Rodríguez Armas

TUTOR: Psc. Cl. Labre Tarco Verónica Elizabeth, Mg.

RESUMEN EJECUTIVO

El siguiente trabajo es un estudio de caso que describe las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores familiares de personas con discapacidad. La población estudiada es de 5 personas que previamente han sido diagnosticadas con síndrome de Burnout y pertenecen al Comité de cuidadores “todo es posible” del MIES Latacunga. Para identificar las estrategias de afrontamiento que requiere atención psicológica se aplicó el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos CRI-A (TEA Ediciones, R.H. Moos) que maneja ocho subescalas, análisis lógico, reevaluación positiva, búsqueda de guía y soporte, solución de problemas, evitación cognitiva, aceptación o resignación, búsqueda de recompensas alternativas y descarga emocional. Una vez identificadas las estrategias se aplicó la psicoterapia breve cognitiva conductual, utilizando el modelo de plan de intervenciones de Arthur E. Jongsma, Jr. En este caso se programaron 8 intervenciones de las cuales las tres primeras son exclusivas para recopilación de información y aplicación del primer test, las tres siguientes, entrenamiento de técnicas cognitivo conductuales y reforzamiento de las mismas y, las dos últimas aplicación de re test análisis de datos y planificación de sesiones de seguimiento. Los resultados obtenidos fueron significativamente favorables para los cuidadores, puesto que la terapia cognitiva breve se centró en la identificación de pensamientos automáticos y conductas disfuncionales que permitían un deficiente uso de estrategias de afrontamiento. En general el estudio no solo dio resultados positivos sino que permitió generar la necesidad de continuar con este tipo de terapias en los cuidadores ya que con un proceso terapéutico cognitivo conductual se puede disminuir e incluso eliminar la sintomatología del síndrome de Bornout.

PALABRAS CLAVE: afrontamiento, Burnout, cuidadores, discapacidad.

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERAS DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

THEME: “COPING STRATEGIES MANAGEMNT IN FAMILY CAREGIVERS OF DISABLED PEOPLE WITH BURNOUT SYNDROME WHO BENEFIT FROM JOAQUÍN GALLEGOS LARA FINANCIAL BONUS AT MIES IN LATACUNGA”

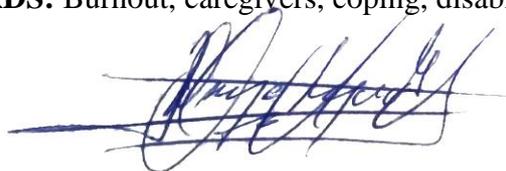
AUTOR: Carla Johana Rodríguez Armas

TUTOR: Psc. Cl. Labre Tarco Verónica Elizabeth, Mg.

ABSTRACT

The present research is a case study that describes the coping strategies applied to disabled people by family caregivers. The population for this research includes 5 people that have been previously diagnosed with Burnout syndrome and who are members of the Caregivers Committee “Todo es Posible” wich means ‘everything is possible’ at MIES in Latacunga. In order to identify the coping strategies, which require psychological treatment, the Coping Responses Inventory for Adults was applied. This instrument is based on eight sub-scales that include logical analysis, positive reevaluation, search guidance and support, problem solving, cognitive reserve, acceptance or resignation, search of alternative rewards and emotional discharge. Once the strategies were identified, the brief cognitive-behavioral psychotherapy was applied by using the Arthur E. Jongsma, Jr intervention plan model. In this case, eight interventions were programmed from which the first three are exclusively designed to collect information and apply the first test. The following three cognitive behavioural interventions and its reinforcement, the last two data analysis re-test intervention and follow – up sessions planning. The obtained results were significantly favorable to the caregivers due to the brief cognitive therapy which focused on the identification of automatic thoughts and dysfunctional behavior, which allows to a deficient use of coping strategies. Generally, the research not only gave positive results, but also, it allowed to identify the need to keep up with these kinds of therapies by the caregivers. Lastly, it has been evidenced through a cognitive-behavioral therapy process, that it is possible to reduce and even eradicate the Burnout syndrome symptoms.

KEYWORDS: Burnout, caregivers, coping, disability.




INTRODUCCIÓN

Las estrategias de afrontamiento son un elemento psicológico muy importante en la vida de las personas, ayudan manejar las situaciones adversas mediante un proceso de adaptación emocional y conductual; es así que ante la exposición frecuente de agentes estresores se puede sufrir Síndrome de Burnout y que en este caso tienen los cuidadores familiares de personas con discapacidad.

En el primer capítulo se presentan los antecedentes y el problema diagnosticado en la población de estudio, las fundamentaciones epistemológicas, psicológicas y legales y el marco teórico con sus definiciones, importancia y algunos tipos, que dan soporte a la investigación y que avalan el estudio de caso sobre las estrategias de afrontamiento. De acuerdo a esto nacen las principales interrogantes que nos ayuda a identificar los objetivos a lograr, ¿Es posible disminuir la sintomatología del síndrome de Burnout con la intervención psicológica utilizando técnicas de manejo de estrategias de afrontamiento?, ¿Qué técnicas de estrategias de afrontamiento se pueden utilizar para disminuir la sintomatología del síndrome de Burnout? y, ¿Se puede determinar la efectividad de las técnicas de afrontamiento aplicadas en un proceso de intervención de psicoterapia breve?, de aquí nace la hipótesis de que con una intervención psicológica de apoyo breve se puede lograr una significativa disminución de los síntomas siempre y cuando las técnicas a utilizar sean las adecuadas y enfocadas en las subescalas en donde los cuidadores tengan deficiencias.

El segundo capítulo describe el tipo de población, la metodología utilizada y una representación más amplia del instrumento utilizado, los criterios de inclusión y exclusión, el proceso secuencial de la obtención de información y protocolo detallado del plan terapéutico para cada sesión.

En el tercer capítulo se presentan los resultados estadístico obtenidos antes y después de la intervención propuesta, el análisis respectivo por sub escala de

afrontamiento, por sujeto de estudio y de la población completa obteniendo así la comprobación de la hipótesis planteada.

Finalmente en el capítulo cuarto y quinto se presenta la discusión del caso, las conclusiones y recomendaciones obtenidas del estudio de caso presentado.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Los familiares cuidadores de personas con discapacidad, beneficiarios del Bono Joaquín Gallegos Lara de la Ciudad de Latacunga; son un grupo de sujetos con altos riesgos de poseer el Síndrome de Burnout. Su principal factor es que dentro de su núcleo de convivencia tienen bajo su responsabilidad el cuidado de un familiar con limitaciones físicas o intelectuales severas.

El deterioro psicosocial se presenta como un problema que perjudica la estabilidad física y emocional y conlleva a que los cuidadores utilicen Estrategias de Afrontamiento de forma intuitiva, las mismas que mal encaminadas solo hacen que se acumulen y posterguen los efectos que anteriormente se mencionaron.

Contextualización

La Organización Mundial de la Salud OMS, (2017) en sus notas descriptivas de los trastornos mentales menciona basándose en los componentes que pueden ser determinantes en su aparición tales como “el estrés, la herencia genética, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales” (p. 22). De la misma manera dentro de las principales causas se encuentran la capacidad de expresar ideas, comportamientos, interacciones con diferentes sujetos, emociones; situaciones económicas, sociales, políticas públicas, culturales, nivel de vida o de pobreza. Este conjunto de elementos del contexto a los que está expuesto el ser humano promueven condiciones en su adaptación y la agilidad con la que exige el desarrollo social provoca que adquieran daños físicos e intelectuales. Si bien es cierto en la actualidad y en toda la tierra los humanos están en circunstancias crecientemente expuestas en comparación con los demás, a factores que desencadenan perturbaciones y déficit cognitivo. Díaz y Gómez (citado por Illner,

2013) afirman que “en Alemania los casos de personas con síntomas de Burnout en el lapso de 20 años, han aumentado a más del doble y actualmente hay entre 20 y 25% de los trabajadores en riesgo de padecer las consecuencias” (p.123). De igual forma se realizaron estudios sobre exploraciones hechas en 12 países de Latinoamérica acerca del síndrome antes mencionado y algunas variables relacionadas con edad, sexo, estado civil, sociodemográficas y otras; también identificaron análisis con base en características personales identificadas con la resiliencia, las estrategias de afrontamiento, pensamientos irracionales y autoeficacia, sentido del humor y personalidad. Estas investigaciones han permitido no solo identificar en qué lugares del mundo existen enfermedades psíquicas, sino que es una puerta que incita a los profesionales del bienestar mental a crear medios para la prevención de las mismas.

Siempre y por instinto de sobrevivencia los humanos han utilizado estrategias de afrontamiento en situaciones estresante, la forma instintiva no permite realizar un análisis de las consecuencias que estas conllevan y como afectan en el diario vivir; simplemente terminan adaptándose a ellas sin saber que las habilidades cognitivas no son adecuadamente utilizadas, posiblemente sean muy útiles durante los momentos de estrés; pero no permitirán mejorar el estilo de vida para un futuro.

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública emite reportes mensuales del grupo de sujetos con limitaciones; es así, que según (MIES, 2016), reportó “426.171 personas con discapacidad a nivel nacional calificadas y acreditadas, de las cuales 43,98%, son mujeres, mientras que el 56,02%, son hombres” (p.14). Gran parte del censo se caracteriza por pertenecer a la localidad con mayores limitantes en relación con la totalidad, puesto que cuya sobrevivencia depende del cuidado de terceros en todos los aspectos de su vida por lo tanto reciben atención de acuerdo con las políticas públicas que se implementaron desde el año 2010, debido a esto, el Ecuador ha recibido el reconocimiento mundial por las gestiones realizadas en favor de ellos. Dentro de este conjunto de individuos se especifica un subgrupo considerable con diferentes niveles de discapacidad así: “el nivel moderado

representan al 44% de la población, siendo el de mayor prevalencia en nuestro país; le sigue la discapacidad Grave-Severa con un 34%” MIES, (2016) (p. 12).

Con un factor estresante identificado y determinante en una gran localidad, no se puede dejar de lado realizar un estudio referente a las estrategias de afrontamiento que utilizan las familias y cuidadores involucrados con este grupo de personas; las investigaciones realizadas en otros lugares de Latinoamérica denotan la importancia del tema; Ecuador está realizando sus propios estudios ya que la población con discapacidad es grande y cada vez va en aumento de la mano con el desarrollo del país, esto implica que se necesita de la mediación de profesionales de distintas áreas de la salud que apoyen y orienten a los familiares para que puedan superar todos los cambios de crecimiento que se presentan, principalmente se requiere de la participación psicológica que hasta cierto punto ha sido relegada.

En la provincia de Cotopaxi, cantón Latacunga, existe un grupo de aproximadamente cien familias que tienen dentro de su contexto un familiar con limitaciones severas, los encargados de su cuidado son generalmente la madre, el padre o conyugue y, al ser cabezas de familia están expuestos a tener el Síndrome de Burnout y el manejo de las estrategias de afrontamiento que utilizan para contrarrestar esta consecuencia sin la guía psicológica adecuada, es preocupante. Cabe recalcar que el Ministerio de Inclusión Económica y Social a través del Bono Joaquín Gallegos Lara realiza un pago de doscientos cuarenta dólares mensuales, al subsidiario de la atención del individuo con un nivel alto de dependencia y le ayude a efectuar las diligencias de la vida diaria. Aquellas personas deben formalizar la calificación de discapacidades, que radica en un estudio que se lleva a cabo por un equipo de profesionales multidisciplinario conformado por un médico, un psicólogo y un trabajador social; quienes valoran y establecen en el ciudadano los aspectos psíquicos y sociales que se muestran por derivaciones irreversibles de padecimientos hereditarios, congénitos o adquiridos y, a resultado de estos ven cerrada o restringida sus actividades calificadas normales para su edad, género, formación, cultura u otros.

Los cuidadores y familia tienen corresponsabilidades sobre, control de salud de la persona con discapacidad y el cuidador, asistir a capacitaciones para dar una atención adecuada, guías y recomendaciones sobre administración de la medicación, alimentación sana, procurar la accesibilidad al medio físico y comunicación al interior de la vivienda y entorno, participación en actividades comunitarias a fin de promover la inclusión social y mejores condiciones de vida para la persona con discapacidad y familia. (MIES, 2016).

Si bien es cierto el apoyo gubernamental para las personas con discapacidad severa es muy claro y vela por el bienestar de ellos y de sus familias, dentro de los programas de corresponsabilidad está inmerso el cuidado a los familiares y que cuya salud física, mental, emocional, estén en buen estado y puedan darles la atención idónea. Es aquí que mediante los Comités conformados por los cuidadores de sujetos con limitaciones se elaboran un plan de acción anual en donde deben programar actividades en diferentes ámbitos sociales y de salud relacionados con participación, responsabilidad, vigilancia, capacitación, cooperación, trabajo comunitario, entre otros.

Las entidades públicas y privadas aportan con talleres, capacitaciones y actividades para su desarrollo personal, sin embargo dentro de estas prácticas no se toma en cuenta con el asesoramiento psicológico que les ayude a contrarrestar el síndrome de Burnout con un manejo idóneo de estrategias de afrontamiento.

Antecedentes

En muchas partes del mundo se han realizado diversos estudios sobre las estrategias de afrontamiento en cuidadores de personas con discapacidad, con enfermedades catastróficas, dependientes, adultos mayores y otras formas de dependencia; estas investigaciones permiten tener una guía sobre las consecuencias que conlleva la responsabilidad y prioridad de dar atención a las necesidades propias del familiar que cuida una persona con dependencia; permiten también reconocer como las personas cuidadoras manifiestan deterioro emocional, psíquico

y fisiológico cuando no tienen control de situaciones generadoras de estrés. Es así que tomando aportes de estudios referentes como el realizado en la Universidad de Antioquia en donde se aplicó la escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) se detectaron que las formas de afrontamiento más usadas por los cuidadores son la religión, la espera, la solución de problemas, búsqueda de apoyo y la evitación emocional, las cuales tuvieron una prevalencia por encima de las demás estrategias de la escala aplicada (Alcaraz, Lastra y Tuberquia, 2015). Sin embargo este estudio no demostró que tan favorables resultan ser estas estrategias para mejorar el bienestar y la salud psíquica del cuidador.

También se han encontrado artículos que hablan sobre efectos negativos que han tenido los familiares que cuidan a pacientes dependientes, por la poca atención recibida para poder afrontar de mejor forma el cuidado y mermar un deterioro en su bienestar mental y emocional; por ejemplo Domínguez (2012) menciona que “en los últimos años diversos estudios han dado de manifiesto las repercusiones negativas que la prestación de cuidados puede tener en la salud y especialmente la mayor frecuencia de ansiedad y depresión en los cuidadores” (p. 17). De esta manera se intenta demostrar que la estabilidad del cuidador debe ser una diligencia prioritaria y de carácter preventivo con el fin de impedir que se transforme posteriormente en una carga semejante a la del paciente con dependencia, causada por la exposición que tiene y la vulnerabilidad de adquirir enfermedades que si bien no pueden ser biológicas si dañan su equilibrio psíquico, arrastrándolos a decaer en trastornos ansioso depresivos, limitando su capacidad y llevar una vida estable y sana.

Pero no todos los estudios reflejan ser negativos en relación con el uso de técnicas de afrontamiento y, presentan un foque que demuestra que la actividad del cuidador puede llegar a ser gratificante y no siempre frustran sus objetivos individuales; es así, que Cerquera y Galvis (citado por García, 2016) encontró que los cuidadores informales colombianos, utilizan “estrategias como el afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, búsqueda de apoyo emocional, auto-distracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva,

aceptación, religión y humor” (p. 102). Recuperando muy positivamente el entusiasmo para continuar con el cuidado de un dependiente sin dejar de lado sus aspectos personales y cuidando también su salud personal.

Entonces con estos antecedentes de investigaciones similares al propuesto en este estudio de caso, se toma como base continuar ensayando las grandes posibilidades de ayuda que se puede brindar al grupo de cuidadores, con el fin de mejorar en mayor o menor grado la estabilidad emocional que necesitan para seguir con esa ardua labor de atender las necesidades de sus familiares con discapacidad severa.

Antecedentes de la situación institucional o del problema

El problema nace desde el momento en que un individuo tiene que asumir la responsabilidad del cuidado de otro, a simple vista cuidar de otra persona puede ser usual ya que es parte de la convivencia como seres humanos, normalmente se cuida a hijos, hermanos, parejas, familiares; sin embargo al hablarse de dar atención especial a un sujeto con discapacidad severa, el concepto de ayuda cambia, ya que esto implica que aquel ser responsable de brindar este apoyo necesita mucho más que fuerza física, conocimientos básicos sobre el tipo y nivel de dependencia, el medicamento y la dosis indicada que debe administrar, atenciones especiales y diferentes al de una persona sana; involucra tener equilibrio mental para aprender a sobreponerse y sobrellevar la situación y, cuando se trata de poner su disponibilidad a un familiar es complejo, la relación es estrechamente íntima y por ende emocionalmente fuerte, casi en la mayoría de las situaciones los cuidadores tienden a renunciar a cumplir sueños propios por dar el mejor esmero y preocupación a su ser querido.

Con el paso del tiempo cuando los sujetos cuidadores se han resignado a tener dentro de su familia un ser querido con discapacidad severa, debe reorganizar muchas actividades personales para dar prioridad al cuidado de la otra persona, internamente estos cambios hacen que se creen conflictos emocionales ante

momentos de estrés que no son bien manejados. Automáticamente empiezan a reaccionar a estas situaciones de manera inapropiada acumulando poco a poco sentimientos que terminan dañando su estabilidad emocional y por ende su salud mental.

El grupo de estudio pertenece al Comité de cuidadores de personas con discapacidad severa “Todo es Posible”, este comité está conformado por cuarenta personas, de las cuales un treinta por ciento tienen Síndrome de Burnout por esta causa.

Fundamentaciones

Fundamentación Epistemológica

Partiendo desde el cognitivismo se entiende que todo aprendizaje se basa en coordinar estímulos ya sea que estos sean adquirida o existan de manera innata, así Pons (citado por Rimassa, 2016) menciona que “la nueva propuesta destaca el aspecto racional y activo de las personas, relevando su capacidad de procesar e interpretar la información” (p. 326). Es decir reorganizar los datos obtenidos tanto externa como internamente requiere de una secuencia de actividades mentales que van de simples a complejas dependiendo de la situación en la que se encuentre el sujeto para solucionar problemas.

Entonces el enfoque cognitivista se basa en que todo proceso de información realizado en la mente como una función psicológica superior se da con el objetivo de solucionar conflictos, cualquiera que estos sean. La resolución de problemas desde el aspecto psicológico infiere en el comportamiento de los sujetos, en el caso de la forma que afrontan discrepancias los cuidadores de personas con discapacidad se relacionan en su desempeño y en su desarrollo.

Se ha considerado también el aporte de Díaz, Soto y Ortega (2016) quienes adhieren un concepto sobre salud mental que abarcan recursos cognitivos y

emocionales, “Incluye la capacidad cognitiva de las personas; su flexibilidad y la eficiencia en el aprendizaje; sus habilidades sociales y la habilidad en el afrontamiento al estrés” (p.21). Los seres humanos tienen la aptitud de distinguir la necesidad de preocuparse y ordenar sus actividades cognitivas, según sus experiencias diarias, sin embargo repetidamente no logra diferenciar que la ausencia de conocimientos se vuelve una barrera al momento de lograr sus ideales personales, porque se permiten esa elasticidad de darle prioridad al cuidado de sus familiares. Es así, que de acuerdo con el problema que afrontan muchas veces no poseen alternativas de soluciones prácticas o exactas como normalmente lo procesa un computador, sus opciones se basan más en la ética y sus valores inciden en las decisiones para solucionarlas. Indiscutiblemente predominan sus intenciones de afectividad hacia sus dependientes discapacitados y no a sus necesidades propias.

Fundamentación Psicológica

Parte primordial del estudio de caso se centra en reconocer los aspectos cognitivos de las personas y, lo interesante que propone la corriente cognitiva es que pone su atención en la observación de cómo los sujetos procesan los pensamientos mediante sus esquemas organizativos y actividades de acomodación al relacionarse con su contexto. Al ser los humanos seres activos cuyas acciones obedecen en la mayor sección de conexiones y secuencias intrínsecas que se construyen en consecuencia de las manifestaciones previas con su medio social y físico, se pretende identificar la forma en que los aprendizajes adquiridos inciden en la formación de sus criterios, ideas, emociones, elaboración de juicios y razonamiento en general.

La corriente cognitiva según Espert Raúl (2014) “Tiene como objeto de estudio los mecanismos básicos y profundos por los que se elabora el conocimiento, comenzando con la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la formación de conceptos y razonamiento lógico” (p. 1). Este objetivo permite realizar una investigación básica sobre la forma en que las personas actúan ante situaciones de estrés y la adquisición de información de estos procesos en la elaboración de

razonamientos dirigidos a afrontar y resolver problemas del diario vivir. Sternberg (citado por Espert Raúl, 2014) menciona “La inteligencia es la actividad mental dirigida con el propósito de adaptación a, selección de o conformación de, entornos del mundo real relevantes en la vida de uno mismo” (p. 1). Es así, que las estrategias de afrontamiento son la interpretación de la asimilación de aprendizajes de los individuos, para adaptarse a su entorno y minimizar los conflictos que consideran amenazantes en su desarrollo a partir una perspectiva cognitiva.

Si se realiza un nexo de los aportes mencionados anteriormente por Macías (2013), se hace una relación enfocándose desde la perspectiva en que “El afrontamiento se deriva de las interacciones de las personas con y en las múltiples circunstancias de su vida en los contextos socioculturales, lo cual deja ver la multicausalidad del fenómeno” (p. 127). En la circunstancia del caso no cabe duda que la causalidad del acontecimiento es tener que cuidar y brindar atención vital a sujetos con discapacidad severa, causa que bloquea una serie de objetivos personales, el bloqueo incentiva a su vez que el pensamiento de los individuos tenga que acoplarse a los nuevos escenarios dejando de lado aquellos que hacen valiosa la existencia de los humanos. Analizado así este concepto se pretende mejorar las destrezas que presentan los cuidadores, esto conlleva a que el individuo pueda sobrellevar situaciones estresantes de una manera adaptativa sin relegar actividades individuales que le resulten satisfactorias con el fin de reestructurar la calidad de vida.

Otro aporte revisado del Centro de Psicología de Aarón Beck, realizado por Marques Rodríguez (2017) menciona la existencia y relación “entre los pensamientos de la persona (lo que se dice a sí misma sobre las situaciones que vive, sobre los demás, sobre la vida, sobre sí misma y sobre los problemas que presenta), las emociones y los sentimientos que experimenta” (p.1). Al hablar de las reacciones emocionales se debe tener muy en cuenta que aquellas influirán en las repercusiones del comportamiento durante el acontecimiento, ante la conducta de diferentes sujetos o frente a los síntomas que experimente en esa situación de estrés; por esta razón es que las estrategias de afrontamiento que son utilizadas para

expresar experiencias pueden estar haciendo que en lugar de enfocarlo como emocionalmente es, busque un forma de camuflarlo y ocultarlo, posponiendo la experiencia emocional que tiene el individuo y, cuando evoque la emoción cohibida el proceder sea negativo no solo con sí directamente, sino con todo su entorno.

Fundamentación Legal

Considerando la legitimidad de los derechos de los ecuatorianos se ha revisado las responsabilidades que tiene el estado para las familias que necesitan de atención prioritaria y según la Ley Orgánica de Discapacidades de la República del Ecuador adscrita por la Asamblea Nacional República del Ecuador (2012) se menciona sobre los programas de atención Psicológica tanto para las personas con discapacidad como para los sus cuidadores y menciona en la Sección Segunda. De la Salud:

“Artículo 20.- Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.- La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones incapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación” (p. 9).

La habilitación y rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención. Su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

“La autoridad sanitaria nacional establecerá los procedimientos de coordinación, atención y supervisión de las unidades de salud públicas y

privadas a fin de que brinden servicios profesionales especializados de rehabilitación y rehabilitación. La autoridad sanitaria nacional proporcionará a las personas con discapacidad y a sus familiares, la información relativa a su tipo de discapacidad” (p. 9).

En este artículo de la ley orgánica de discapacidades recalca el derecho que tiene las personas con discapacidad y cuidadores de conocer sobre las enfermedades o discapacidades que tienen, su derecho para recibir información y posteriormente reasignarlas para que reciban la atención necesaria, para su rehabilitación en diferentes centros especializados sean estos públicos o privados. He aquí la importancia que brinda a los cuidadores para que obtengan toda la información necesaria desde la parte legal y puedan defender sus derechos. En el siguiente artículo menciona lo siguiente:

“ Artículo 24.- Programas de soporte psicológico y capacitación periódica.- La autoridad sanitaria nacional dictará la normativa que permita implementar programas de soporte psicológico para personas con discapacidad y sus familiares, direccionados hacia una mejor comprensión del manejo integral de la discapacidad; así como, programas de capacitación periódica para las personas que cuidan a personas con discapacidad, los que podrán ser ejecutados por la misma o por los organismos públicos y privados especializados” (p. 10).

En este artículo es mucha más clara la disposición de implementar programas de ayuda psicológica para las personas con discapacidad y en este caso, según nuestro estudio para las personas cuidadoras. Da la apertura para que se realice un estudio de caso sobre el manejo de estrategias de afrontamiento en familiares cuidadores de personas con discapacidad severa con síndrome de Burnout, beneficiarios del Bono Joaquín Gallegos Lara Mies Latacunga. Dentro de este estudio se contempla la aplicación de terapia psicológica cognitiva con la aplicación de estrategias de afrontamiento y el propósito de mejorar su salud mental.

MIES (2014), Según la norma técnica sobre discapacidades también menciona sobre:

“Estándar 35: Conformación del comité de cuidadoras/es

Todo servicio de atención institucionalizada conformará el comité de representantes de usuarias/os a través de la elección por mayoría simple de tres personas, durante una reunión en la que participarán las madres y padres, representantes legales y/o quienes asumen el cuidado de las personas con discapacidad atendidas en los servicios. En el caso de la modalidad de atención en el hogar y la comunidad, el coordinador conjuntamente con sus técnicas/os impulsará la generación de un comité por cada 25 familias.

Los comités de cuidadoras/es asumirán las siguientes responsabilidades:

- a. Generar un plan anual de trabajo;
- b. Ser el interlocutor formal entre las/os coordinadoras/es de los servicios y las familias de las personas con discapacidad;
- c. Ser el portador de las necesidades y requerimientos de las familias en relación a la atención de las personas con discapacidad;
- d. Definir los requerimientos de capacitación de las familias y comunidades, e. Participar dentro de su comunidad para representar a las personas con discapacidad para la defensa y restitución de sus derechos” (p. 26). Hace referencia a los grupos o “comités” legalmente constituidos para recibir los beneficios según la ley, considerándose dentro de estos beneficios recibir la ayuda psicológica.

Interrogantes básicas para el análisis de casos

¿Es posible disminuir el la sintomatología del síndrome de Burnout con la intervención psicológica utilizando técnicas para el manejo de estrategias de afrontamiento?

¿Qué técnicas de estrategias de afrontamiento de pueden utilizar para disminuir la sintomatología del síndrome de Burnout?

¿Se puede determinar la efectividad de las técnicas de afrontamiento aplicadas en un proceso de intervención de psicoterapia breve?

Delimitación de la Investigación

Campo:	Clínico
Área:	Psicología
Aspecto:	Estrategias de Afrontamiento
Delimitación espacial:	Beneficiarios Bono Joaquín Gallegos Lara
Provincia:	Cotopaxi
Cantón:	Latacunga
Lugar:	MIES
Delimitación Temporal:	Año 2018

JUSTIFICACIÓN

El interés para realizar este estudio de caso nace con la necesidad de apoyar al grupo de personas que integran el comité de cuidadores de personas con discapacidad, quienes en varias ocasiones han solicitado recibir talleres que les permitan obtener conocimientos para ayudar a sus familiares y a su vez mejorar su condición de vida personal. Se ha visto la importancia de brindarles apoyo psicológico de una forma completa, es decir identificando la problemática individual de cada una de estas personas, aunque el grupo en si se caracteriza por tener una persona con discapacidad severa, no todos tienen el mismo ambiente, las mismas creencias, cultura o costumbres y a partir de esto se marcan la diferencia para afrontar situaciones de estrés.

Según las necesidades observadas se encuentra que realizar este estudio de caso es original ya que trabajar y tratar de cambiar la metodología de una institución pública implica un reto muy importante, y más que eso busca que con este estudio de caso se pueda brindar un aporte que marque la diferencia entre cumplir un requisito y brindar ayuda eficiente y eficaz para los cuidadores de personas con discapacidad, así mismo este estudio de caso permitirá a que se obtengan datos e información relevante en cuanto a la salud mental de los cuidadores y no solo de las personas con discapacidad; sin duda alguna lo ideal es que una vez realizado el estudio este pueda expandirse al resto del país y ayudar a todos quienes lo necesiten.

Al compartir esta idea de estudio de caso con uno de los funcionarios a cargo del Bono Joaquín Gallegos Lara de la ciudad de Latacunga, se dio la factibilidad para poder desarrollarlo y acceder a reuniones con los grupos de cuidadores de personas con discapacidad severa, y dar atención a las solicitudes que desde hace varios meses van realizando con respecto a recibir guía psicológica.

Objetivos

Objetivo General

Disminuir la sintomatología del síndrome de Burnout mediante la intervención Psicológica basada en el manejo estrategias de afrontamiento en familiares cuidadores de personas con discapacidad severa beneficiarios del Bono Joaquín Gallegos Lara del Mies Latacunga.

Objetivos Específicos

1. Aplicar técnicas de manejo de estrategias de afrontamiento a los familiares cuidadores de personas con discapacidad severa.
2. Determinar la efectividad de la intervención psicológica con Estrategias de afrontamiento para disminuir la sintomatología del síndrome de Burnout en los familiares cuidadores de personas con discapacidad severa.

MARCO CONCEPTUAL

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Definiciones

Una estrategia es el uso de instrumentos, métodos o procesos que ayudan a conseguir construir u obtener algo que se desea; al igual que en un deporte como el fútbol, el director revisa todas las posibilidades de jugada que pueden ejecutar los deportistas en la cancha, por lo que debe conocer las posiciones, habilidades, ventajas y desventajas que posee cada jugador, y los ubica en el campo de tal circunstancia que puedan coordinar los movimientos al momento de confrontar a sus rivales; por supuesto sus contrincantes no presumen las sagacidades y destrezas que el otro equipo utilizará y deberán enfrentar el encuentro de acuerdo con la forma en que se vaya presentando la interacción; entonces el afrontamiento viene a ser la acción de aplicar tácticas de solución de conflictos. En el caso de los cuidadores de personas con discapacidad que se enfrentan día a día a jugadas no planificadas con sus familiares dependientes de atención vital y a diferencia de los futbolistas ninguno de ellos conoce las estrategias que los ayuden a estar prevenidos cuando tienen una situación conflictiva, el punto es que muchas veces desconocen que disponen de esos recursos y poder solucionar problemas o las utilizan de manera inapropiada y en este parte es donde el psicólogo cumple el papel de técnico y es quien puede guiarlos en la utilización de las herramientas cognitivas que tiene el cuidador e identificar los mejores metodologías.

Lazarus y Folkman (citado por Botero 2013) menciona que “El afrontamiento se relaciona con los esfuerzos cognitivos y conductuales que desarrolla un individuo para manejar las demandas internas y/o externas del medio ambiente” (p. 209). Indica que los mismos son observables en situaciones en donde debe expresa sus ideas, sentimientos y emociones mediante actos y síntomas fisiológicos presentes en todo momento en los individuos, “cuando estas solicitudes son percibidas de modo más altas que los recursos del individuo para manejarlas ocurre el estrés” (p.

203). Lo que permite recordar que los sistemas cognoscitivos son el conjunto de herramientas inmateriales denominados pensamientos, creencias, conocimientos que se transforman en acciones y conductas, se entiende que las exigencias del contexto dominan al sujeto y proceder de cierta manera mostrando un comportamiento que no es correcto; entonces, los medios que utiliza son insuficientes y hace que provoque en él resistencia generándole cansancio mental. Esto puede conducir a dos escenarios; según Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (citado por Botero 2013), es factible “controlar la respuesta emocional que se produce en la situación estresante (direccionado a la emoción) o generar un cambio en el problema que es la causa de la perturbación (dirigido al conflicto)” (p. 204). Es decir, que usar técnicas de confrontación adecuadamente ayuda a direccionar las cogniciones y evitar que éstas se transformen en intervenciones negativas; o a su vez el mal manejo de las mismas pueden provocar un bloqueo de conmociones haciendo que se acumulen internamente y con el paso del tiempo origine malestar psíquico.

Tomando en cuenta los aportes de Macías (2013) conceptualiza las estrategias de afrontamiento señalando que son entendidos aquellos “recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para urdir frente a situaciones estresantes” (p.125). Refiriéndose a la utilización de todos sus conocimientos, habilidades, competencias, principios, valores y creencias objetivas y subjetivas; suponiendo que el individuo tiene la potestad de manejar las circunstancias de su entorno ubicándolo dentro de las funciones superiores con un orden jerárquico, opta por múltiples herramientas a la vez enfrentarse a un componente estresante o en primera instancia utiliza procesos remotos y coartar las acciones o las emociones, Macías (2013).

En este momento es precisamente que se debe decir, que el afrontamiento se entiende como el proceso de todas aquellas prácticas del individuo en manejar el evento estresor, independientemente del resultado que obtenga. La voluntad de actuar a manera de defenderse se hace evidente con el comportamiento que adopta el sujeto según la realidad, se propone observar la capacidad que tiene en lidiar con

las condiciones y a medida de eso se podrá señalar si la estrategia utilizada reúne recursos óptimos o si es necesario introducir nuevos conocimientos a través de otros métodos de aprendizaje. Así, pues la intimidación al bienestar se evalúa de forma distinta en las diferentes etapas y da esfera a otras formas de anteponerse; entonces con la evaluación de estrategias de afrontamiento se puede determinar qué acciones toman los seres humanos para enfrentar la situación de estrés y permite identificar desde el enfoque cognitivo los procesos mentales que realiza.

En consecuencia de estos aportes aparecen dos tipos de afrontamiento el primero dirigido al problema y el segundo centrado en la emoción. Los esfuerzos ejecutados en solucionar el conflicto (modificarlo, alterarlo, disminuirlo) dirigidos a lograr beneficios que disminuya directamente el nivel de estrés, se describe sobre el primer tipo, lo cual involucra la desviación de las demandas del entorno que presumen una exigencia y desnivelan la relación entre el ser humano con su ambiente, a través de la transformación de las condiciones problemáticas, o mediante la contribución de distintos recursos que compensen el efecto aversivo de los eventos ambientales. El siguiente tipo, detalla los esfuerzos realizados por el sujeto para controlar o reducir el malestar afectivo vinculado al estresor fueron focalizados centralmente en las emociones; que tiene como destino la ordenación emocional cognitiva que contiene los ahínco por minorar el desánimo y manipular los estados psíquicos evocados por el evento estresador, evadiendo las circunstancias estresante, reevaluando cognitivamente el evento perturbador o encubriendo de manera específica aspectos efectivos de uno mismo o del medio.

Importancia

Es imperativo cuestionarse, porque se debe recalcar la trascendencia de las estrategias de afrontamiento, por lo cual Folkman et al. (Citado por Macías 2013) señala que “las investigaciones han develado la importancia del afrontamiento para comprender los ajustes que realiza un individuo en su medio, y poder percibir niveles positivos o negativos de la calidad de vida” (p.128). La comprensión de los humanos de algo bueno o malo permite tener una visión de la manera de adaptarse

a ciertas situaciones, que van desde crear una idea de la posible situación, a seleccionar pensamientos, emociones y acciones al momento de vivirla en tiempo real, sin embargo al no disponer de una proyección previa las opciones de reacción que disponga la persona serán pocas y deberá recurrir a la información que obtenga más rápidamente del entorno inmediato y formular la estrategia de afrontar que utilizará ante el factor estresante.

Macías (2013) señala que “a lo largo de la historia se ha intentado comprender la dinámica que atraviesa el ser humano cuando se ve inmerso en situaciones que le generan estrés, que son desbordantes y que intenta manejar a través de ciertas habilidades” (p. 125). Lo que permite interpretar que hay investigaciones acerca de la actitud en distintas circunstancias, también se entiende que no es un estudio nuevo y se puede describir que los individuos cumplen ciertos parámetros que caracterizan las tácticas de resolver de conflictos. Desde este ámbito Mattlin Wethington y Kessler (citado por Macías, 2013) indica que “se contempla el afrontamiento como un proceso en constante cambio, que hace referencia a cómo las condiciones del contexto sociocultural determinan la interacción del sujeto con él mismo y su ambiente” (p. 127). De acuerdo con los estudios que continuamente se realizan en diferentes ámbitos de la salud mental recalcan la relevancia en los procesos de evaluación de contrariedades psicológicas, ya que son una herramienta que permiten determinar los modos que utilizan las personas en afrontar los momentos de tensión y de qué manera enfocan sus cogniciones en la solución de dificultades; según el enfoque cognitivo conductual todo lo que se procesa en la mente, pensamientos, ideas, emociones es representado mediante el comportamiento, entonces la importancia de conocer y aprender a utilizar de forma eficiente las estrategias de afrontamiento, puesto que son una medio de conexión con el entorno y las relaciones interpersonales.

Bienestar

El bienestar es el estado vital de un sujeto que manifiesta particularidades de estar satisfecho con la propia vida y generalmente demuestra emociones

efectivas y goza de una salud física y mental ajustada a las propias expectativas. Si bien es cierto el bienestar es subjetivo y dependerá mucho de la percepción que tenga el ser humano sobre su condición para disfrutarla.

Bienestar individual

Cuando se plantea el tema de bienestar individual se suele confundir con niveles de calidad y estándares de vida que a su vez éstos se dirigen más bien a factores relacionados con la parte económica, cubrir las necesidades de un trabajo, un lugar confortable para vivir, relaciones interpersonales etc., sin embargo desde el punto de vista psicológico este tipo de bienestar viene a ser la percepción que tienen los seres humanos sobre la felicidad, e indistintamente de las categorías sociales o nivel de bienes que disponga el sujeto le permiten sentir satisfacción en cuanto a su existir como individuo.

El bienestar individual, se basa en algunos estudios relacionados con las exploraciones del afrontamiento, desplegadas en los años treinta y cuarenta del siglo XX, que concebían la persistencia obedeciendo prioritariamente a la destreza para darse cuenta cuyo contorno es imaginable y controlable con el fin de paralizar los agentes dañinos. Fleis dechman, y Folkman (citado por Macías 2013) señalan que “dichas interacciones implican efectos de mutua influencia sobre las variables personales y situacionales y, por tanto, una causación bilateral” (p. 127). Lo que indica que el intercambio de creencias, normas sociales, costumbres, asimilación de derechos y deberes, esquemas de comportamiento, significados y todo lo que implica interactuar con otros sujetos. Es así que partiendo de las conceptualizaciones dadas por Lazarus y Folkman (citado por Macías 2013) indican que “la propuesta de estrategias de afrontamiento individual privilegia la dimensión social del ser humano, al reconocer que el afrontamiento surge de la interacción recíproca y de la rutina, exigiendo tomar alguna decisión por parte del individuo” (p. 127). Entonces se podría enfatizar que el afrontamiento individual es aquel que manifiesta la conducción de situaciones que le generan estrés al sujeto con el objeto de sobrellevar, minimizar, admitir o desconocer aquello que sobrepasa sus

capacidades, ya sea re significando la incitación, mediante las actividades, pensamientos, afectos y emociones que las personas esgriman al momento de abordar la situación exuberante e internalizan su solución de afrontamiento.

El afrontamiento es considerado un recurso psicológico que ejerce la función de mediación frente a momentos de estrés. Por esta razón cuando los cuidadores de personas con discapacidad se encuentran con actividades diarias de ejercer un esfuerzo físico y asear a su familiar adulto mayor o con necesidades de acompañamiento permanente, involucra que no solo debe conocer técnicas y realizar manejo corporal sin dañarse, sino que es necesario manejar fuerza psicológica que le ayude a interactuar con el contacto directo del sujeto con discapacidad. Es aquí en donde las estrategias de afrontamiento cumplen un papel indispensable en la toma de decisiones como individuo y que le permitirá conseguir el bienestar personal que necesita para continuar.

El afrontamiento en función del bienestar individual ayuda al ser humano a encaminar conductas que le faciliten tener equilibrio emocional en cuanto a las situaciones difíciles, lo que implica ser resiliente y mantener lo mejor posible un nivel equitativo acorde a su capacidad de obtener satisfacción como persona, para esto según Alfaro, Sarriera, Valdenegro y Oyarzún, (2014) en la revisión de IBP (Índice de Bienestar Personal) se enmarcan en las escalas de “estándar de vida, salud, logros vitales, relaciones personales, seguridad personal, seguridad futura y comunidad” (p. 5). Sugiriendo que generalmente los comportamientos de los seres humanos reflejan la parte subjetiva de su realidad de bienestar y en donde su visión está directamente encaminada a prestar atención a pensamientos, opiniones y sentimientos, logrando así mayor libertad; es decir realizan una evaluación de las decisiones que pueden afectar su existencia en cualquier aspecto utilizando estrategias de afrontamiento que les permite proyectar las posibles consecuencias e incluso acciones directas que les favorezcan o desfavorezcan ante una situación de estrés. Fantin, Florentino y Correche (citado por Macías 2013) relaciona la estrategia de afrontamiento en sentido paliativo y demuestra que “el sujeto realiza una reducción de la tensión; al hacerse ilusiones efectúa de forma pasiva intentos

que conllevan a evitar el problema, lo cual le genera una sensación de bienestar” (p. 129).

Así se presentan dos alternativas de direccionamiento del afrontamiento individual: las de acciones directas que se centra en solucionar el problema ante la evidencia social y otra de forma paliativa que se centra en disminuir los niveles de afectividad que le inmiscuyen únicamente al sujeto que lo siente.

Bienestar familiar

Anteriormente se mencionaron factores que la gente considera importantes para lograr el bienestar individual y que de cierta forma se habían excluido algunos de ellos ya que no todos pueden ser determinantes en alcanzar satisfacción, puesto que el concepto erróneo que tienen la mayoría de seres humanos se basan prácticamente en objetos tangibles; adicionalmente se había mencionado que el bienestar personal depende del valor emocional que se le dé al conjunto de elementos que son parte de la vida de un ser. Cuando se habla de los conjuntos se refiere a todo lo que rodea a un individuo mismo que por naturaleza es un ser social, miembros de una familia, entonces se identifica un escalón más sobre el bienestar, basado en la convivencia de un grupo de sujetos en común y como esa interrelación en combinación con los recursos materiales también generan un tipo de bienestar.

Es necesario definir que es la familia y Burgess y Locke (citado por Sánchez 2013) señalan que la familia es “una unidad de personas en interacción, relacionadas por vínculos de matrimonio, nacimiento o adopción cuyo objetivo central es crear y mantener una cultura común que promueva el desarrollo físico, mental, emocional y social de cada uno de sus miembros” (p. 18). Se basa en el conglomerado de sujetos que se relacionan por intereses comunes y que buscan generar modos de vida útil entre sí, no solo se unen para la reproducción sino por la necesidad de promover y establecer sus propios pensamientos, y que estos se amplíen con el apoyo mutuo generando así su progreso primero como individuos y posteriormente en conjunto; la coordinación que los une les permite estar en

completa armonía lo que a su vez les da la satisfacción de sentirse apoyados, dirigidos y seguidos unos a otros, la familia es el complemento en todas las actividades que realizan los seres humanos.

De similar manera Carbonell (citado por Gómez y Villa 2014) propone que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (p. 12). Según este autor menciona a la familia como la primera fuente de solución de problemas ante los peligros de la comunidad a los que están expuestos generalmente quienes la conforman, es decir, la familia es quien proyecta acciones y planifica las actividades de cada uno de sus componentes para que sean funcionales en la sociedad; son el principal eje de las emociones de sus integrantes por lo tanto, cumple un papel muy sustancial en la formación afectiva, cognitiva y conductual de las personas.

Oliva Gómez y Villa Guardiola (2014) señalan que la familia es “un sistema natural de seres humanos en el cual las personas se encuentran relacionadas por medio de lazos sanguíneos y de afinidad, reunidos en un lugar común delimitado cultural y geográficamente para satisfacer las necesidades básicas, físicas y psicológicas de sus miembros” (p.14). Lo que significa que actúa como un conjunto abierto que implica la relación con otros sujetos y el bienestar de cada una de sus partes está directamente entrelazado uno con otro, si uno de ellos no funciona adecuadamente difícilmente el sistema podrá seguir trabajando, el objetivo de este grupo es que funcionalmente brinde seguridad y desarrollo a través de la enseñanza que dan los principales ejes de la familia, esas enseñanzas se dan mediante la transmisión de valores éticos, sociales y culturales que contribuye un sentido mucho más profundo a la misma existencia humana.

Hay varias definiciones y sobre la base de los presentados se puede decir que la familia es un grupo de personas que conviven inmerso en un hogar; esta convivencia implica compartir creencias, responsabilidades y tareas que les ayuda a progresar económica, social y emocionalmente como seres humanos; los vínculos de los que se denominan cabezas de familia son de afinidad y a partir de ellos

aparecen los lazos sanguíneos que viene a ser los hijos, quienes son la unión más significativo dentro de nuestro contexto.

Teniendo clara la definición de familia y uniéndola al bienestar cabe señalar que al tratarse de un grupo de personas con diferentes pensamientos el logro de la satisfacción es más complejo, justamente debido a que la interacción familiar depende mucho de la calidad de comunicación que exista entre los miembros y una forma de determinar qué tan efectiva es la relación, es poniendo a prueba el trabajo conjunto que deben realizar al momento de solucionar alguna situación donde todos están inmersos; generalmente se presentan conflictos y desacuerdos por distintas razones y en distintos ámbitos, en este caso se habla de que uno de sus componentes tiene discapacidad severa y necesariamente requiere la ayuda de los demás para vivir.

Aquí debería cuestionarse ¿cuál es el potencial de afrontamiento que tiene el sistema de este conjunto de seres humanos al enfrentar una situación así?; según McCubbin, Thompson y McCubbin, Louro (citado por Macías, 2013) menciona que “el afrontamiento familiar se expresa entonces como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios” (p.133). Cada componente del grupo desempeña un rol primordial y vienen a formar parte de una estructura compleja, si uno de los elementos falla se produce un déficit en el funcionamiento que trae a consecuencia ausencias o déficits en el desempeño general; cuando uno de sus miembros es deficiente, el sujeto inmediato del clan debe asumir las responsabilidades de aquel que no puede hacerlo por sí solo.

Una vez más Macías, 2013 menciona que “esta concepción permite esclarecer cómo el afrontamiento ante eventos estresantes de la familia como unidad, difiere del afrontamiento ante el estrés por parte un individuo” (p.133). Un ejemplo claro de lo que pasa en las familias es cuando una de ellas tiene una dependencia severa, no deja de ser un complemento de la familia y su rol es activo y fundamental a pesar de la ayuda que requiere; inmediatamente padre, madre o conyugue toma la misión

que le correspondía para que la funcionalidad principal del grupo no se vea afectada. Sin embargo, el punto esencial del problema no viene a ser el sujeto con discapacidad sino del allegado que asume el compromiso, implica carga de funciones dentro del núcleo familiar, que con el paso del tiempo pueda influir en el desenvolvimiento de la familia. Cabe mencionar la importancia de que en estos casos la responsabilidad de quien no puede ejercer su rol se distribuya equitativamente entre cada miembro de esa estructura y conseguir el bienestar de toda la familia.

Finalmente, las estrategias de afrontamiento familiar generan cambios constantes y se adhieren las estrategias de afrontamiento individual, se sujeta al acoplamiento cognitivo, afectivo y comportamental de la familia para que juntos manejen la situación de estrés. En este contexto, las estrategias de afrontamiento del grupo como conjunto alcanzan un gran habilidad que es fortificar y conservar los recursos que requieren, con el objetivo de ampararla de las demandas de medios estresantes y avalar un manejo conveniente de su dinámica, exteriorizada en la comunicación, las relaciones y la fomentación de una autoestima tangible en cada uno sus miembros.

Tipos

Los medios cognitivos, afectivos y conductuales que utiliza un sujeto frente a condiciones estresantes es lo que se conoce como afrontamiento Lazarus y Folkman (citado por Montoya, 2012) definen “los esfuerzos cognitivos, emocionales y cognoscitivos dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales y que pueden extralimitar o poner a prueba los recursos de las personas” (p. 213). De acuerdo con la definición se ha desarrollado varias investigaciones de las que se derivan una amplia escala de valoraciones, argumentos y explicaciones que a su vez no permiten realizar una comparación efectiva de su constructo. Es así que en conexión con la interpretación de (Moos, 2012), describe que inmerso en todas aquellas dimensionalidades de indagación se puede clasificar algunos aspectos relevantes; primero que los cuestionarios de

afrontamiento son demasiados y cada uno manifiesta o aporta conceptos distintos es decir con relación a su perspectiva los mismos están relacionados con una forma de respuesta relativamente estable o específica según el evento estresor lo que hace entender que pueden haber repercusiones en las definiciones de las escalas de afrontamiento y segundo que conforme el enfoque de análisis la dispersión de las conclusiones se agudiza por ejemplo si esta direccionada a investigar el afrontamiento en estados de salud, riesgos sociales, transformaciones vitales o momentos catastróficas, los resultados serán aceptables. Entonces la gama de selección de estudios es grande y diferente para cada caso pues dependerá del motivo de exploración y objetivo que se desee obtener; sin embargo en el estudio realizado se seleccionó las aportaciones de Rudolph Moos sobre el afrontamiento quien propone un diseño con un esquema circunstancial de los cuales reúnen dos componentes, factores personales estables y factores situacionales transitorios, estos dos agentes dentro del boceto conceptual están compuestos por cinco paneles; el método ambiental, el sistema personal, crisis trascendentes y agudas y transiciones, valoración y respuestas de coping y bienestar. Si bien este compendio marco abarca mucho de la realidad de los seres humanos y brinda alternativas de observación que ayudan a definir el manejo de estrategias de afrontamiento se opta por centrarse en describir los dos tipos de afrontamiento comúnmente denominadas en las primeras teorías que son el afrontamiento centrado en los problemas y en el afrontamiento centrado en las emociones.

Afrontamiento centrado en los problemas

Los procesos cognitivos identificados en los seres humanos permiten seleccionar la forma en que el sujeto va actuar en el tiempo en que debe solucionar una contrariedad; el conflicto en sí es la consecuencia de actos voluntarios o involuntarios de los sujetos al no llegan a un acuerdo mutuo que satisfaga sus necesidades sobre algo. Estas dos descripciones relacionadas entre sí nos dan la perspectiva de dos variables la primera es el afrontamiento como un proceso intrínseco que es estimulado por diferentes factores y el segundo es el problema que

de igual manera surge por la motivación de diversos agentes, este último es el generador de mal estar en las personas cuando no saben cómo dirigirse al él.

El afrontamiento o los procesos cognitivos que se han descrito anteriormente, centrado en el problema, tiene como diligencia la resolución de conflictos, lo cual infiere en el manejo de las demandas internas o ambientales que presumen una intimidación y desequilibran la concordancia entre el sujeto y su entorno, ya sea por medio de la transformación de las condiciones problemáticas, o mediante la contribución de nuevos recursos que compensen la consecuencia aversiva de las circunstancias del contexto. Estas estrategias de afrontamiento van encaminadas a la exploración de soluciones alternativas, a la consideración de tales opciones con base en su costo - beneficio y a su deliberación y aplicación. Sin embargo, el afrontamiento dirigido al problema involucra un objetivo, un transcurso metódico conducente principalmente al ecosistema, en donde el afrontamiento encaminado a la convicción de la dificultad se incluye las habilidades que hacen referencia al interior del sujeto.

También se debe mencionar que las estrategias centradas en el problema se dividen en Afrontamiento Activo y Afrontamiento Demorado. a) El Afrontamiento Activo se refiere a todos los intentos activos que incentivan a que las condiciones de un contexto pasen de un extremo a otro o ayuden a disminuir sus efectos. Al ser una actividad que requiere de acciones inmediatas faculta que se inicie un contacto directo acrecentando los esfuerzos físicos y psíquicos de la persona. b) El Afrontamiento Demorado se enfoca en reflexionar a través de la búsqueda de una objeción precisa y eficaz, se encamina en examinar y encontrar la oportunidad más conveniente que permita realizar un proceso de forma no anticipada ni brusca Lazarus y Folkman (citado por Moos, 2012).

Este tipo de afrontamiento nos lleva a reconocer las conductas más comunes en las personas principalmente en aquellas que afrontan los problemas de modo reactiva, con poco control de impulsos y deficiente capacidad de analizar antes de obrar. Si bien es cierto habrá situaciones en donde afrontar de manera activa es la

mejor forma de resolver un problema obviamente dependerá de las circunstancias en las que se encuentre expuesto el sujeto y sea necesariamente preciso comportarse como tal.

El afrontamiento centrado en el problema nos faculta distinguir el contexto en el que se encuentra el sujeto y como este interviene en el conflicto, permite apreciar aspectos precisos, palpables, observables y claros en las personas, es un tipo de afrontamiento que ayuda a materializar la dificultad para poder eliminarla o disminuirla de mejor manera.

Afrontamiento centrado en las emociones

Las emociones están estrechamente relacionadas con la afectividad, según Steinfath (2014) son “fenómenos como miedo, molestia, vergüenza, repugnancia, alegría, duelo, indignación, admiración y envidia, los considero emociones típicas” (p. 203). Es decir son todas aquellas percepciones que se expresan fisiológicamente por efecto de la exposición a alguna situación en donde nuestro cuerpo reacciona inmediatamente y que pueden ser controladas por nuestra mente, mediante procesos psíquicos que evalúan el evento antes durante o después de lo sucedido.

Este segundo tipo de afrontamiento centrado en las emociones, tiene en función la regulación de situaciones afectivas que incluyen los esfuerzos por rectificar el malestar y equilibrar los estados emocionales evocados por el acontecimiento agobiante. En términos generales, estos comportamientos se pueden conseguir evitando la situación estresante, reevaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno Lazarus y Folkman (citado por Moos, 2012). De tal manera que las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen mayores probabilidades de presentarse en el momento en que ha habido una evaluación que no permite crear nada para modificar las condiciones riesgosas, amenazantes o desafiantes del medio; a diferencia del afrontamiento dirigido al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales exigencias resultan evaluadas como perceptivos al cambio.

Las emociones son características de los seres humanos, quienes pueden ser muy sensibles y sentirse débiles ante alguna situación demostrando sensaciones como el miedo y la tristeza, de igual forma los individuos suelen demostrar conmociones eufóricas dentro de las cuales están la alegría o la ira; por esta razón el afrontamiento centrado en las emociones ayuda a las personas a equilibrar proporcionalmente sus estados emocionales durante los lapsos de estrés, por ejemplo utilizando técnicas de relajación o respiración que permite focalizar el problema sin dejar que la emoción domine sus actitudes.

También se puede mencionar que de acuerdo con la composición del CRI-A hay estrategias de afrontamiento de aproximación y evitación al problema, de las cuales se distribuyen en formas de afrontar el problema de tipo cognitivo y formas de afrontar el problema de tipo conductual, Moos (2012), menciona por ejemplo las subescalas de afrontamiento conforme el tipo cognitivo en las cuales se encuentran el análisis lógico y la reevaluación positiva como afrontamiento de aproximación al problema y, la evitación cognitiva y aceptación – resignación, como afrontamiento de evitación al problema; de igual forma según el afrontamiento de tipo conductual están la búsqueda de guía y apoyo con la solución de problemas como formas de aproximación al problema y, la búsqueda de recompensas alternativas y la descarga emocional como formas de afrontamiento de evitación al problema.

Es así que las estrategias de afrontamiento en sus diferentes enfoques y tipos permiten tener una idea más amplia y clara, que mediante la observación de comportamientos de las personas ayuda a saber que tan eficientes son sus recursos cognitivos y conductuales para enfrentar situaciones de conflictos.

Procesos de intervención psicoterapéutica

Según la teoría sobre el proceso de psicoterapia cognitiva, ofrece procedimientos y técnicas de injerencia que concuerdan con los problemas emocionales de los seres humanos. Es así que Ruiz, Díaz, Villalobos y González

(2013) define la terapia cognitiva como “un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales” (p. 122). Debido a las demandas de los pacientes que exigen evidencias en corto plazo, este tipo de tratamiento facilita obtener resultados efectivos mediante la programación y planificación estructurada de intervenciones, logrando cumplir con los objetivos que el paciente y terapeuta se propongan alcanzar.

Olivares, Maciá, Rosa y Olivares (2014) indican que la estructura de la psicoterapia es “un conjunto de estrategias de solución de problemas mediante las que se resuelven interrogantes como ¿qué respuestas se van a evaluar?, ¿qué métodos, estrategias e instrumentos de evaluación se utilizarán?, ¿qué personas deben intervenir, dónde y cuándo y que entrenamiento requerirán?” (p. 305). Entre otros aspectos, de acuerdo con esta conceptualización se puede describir que para determinar los procesos de intervención, es necesario poseer la suficiente información sobre el sujeto, el problema y predisposición de los interlocutores que intervienen en este proceso; entonces el direccionamiento de todas estas cuestiones debe ser conforme con los objetivos que se quieran alcanzar tomando en cuenta que existirán un sinnúmero de requerimientos descubiertos por el psicólogo y que se deberán cubrir según las adversidades de cada paciente, pueden ir desde necesidades de aceptación de sí mismos hasta cambios de conductas desadaptativas por comportamientos adecuados.

El proceso de la intervención psicoterapéutica debe cumplir cuatro fases que responden a diversas posturas del usuario y requieren intervenciones determinadas: una fase de inicio que admite evaluar y diagnosticar la problemática, además en esta etapa se pretende generar un ambiente motivacional en el sujeto; una siguiente fase media en la cual se realiza la planificación de acciones a tomar en función de la terapia y técnicas que se utilizaran, las que deben ser ajustadas al diagnóstico inicial; la fase media avanzada, es una metodología que consiente ir revisando la ejecución

de las actividades lo que a su vez faculta el fortalecimiento de las mismas y, la fase final en donde se da el seguimiento de los cambios logrados durante todo el sistema anterior, es conveniente que en cada faceta se realice la retroalimentación sobre el método, ya que esto ayuda al terapeuta a identificar las satisfacción del paciente acerca de las aplicaciones realizadas, y de igual manera se pueden aclarar las dudas que se hayan presentado en el individuo.

Con la identificación de las fases de la psicoterapia se presume que cuando las acciones de la sesión están proyectadas y técnicamente encaminadas a estimular el cambio en el comportamiento de las personas, los efectos en la conducta y en la apreciación del proceso de modificación del paciente progresan efectivamente.

Debido a las dificultades que puede presentar el individuo en sus diferentes áreas de desarrollo es primordial que se aborde oportunamente con una intervención terapéutica ya sea esta preventiva o correctiva que ayuden a evitar futuras complicaciones, utilizando un entrenamiento que se convierta en hábito para las personas con Burnout y disminuyan la sintomatología del síndrome, su calidad de vida mejoraría notablemente al igual que sus relaciones interpersonales.

Los procesos de intervención psicológica abarcan desde la evaluación que constituye la fase descriptiva de la intercesión, que puede ser aplicada tanto de forma individual como grupal y que permite identificar determinadas particularidades en cada una; en este caso se ha identificado una población de cuidadores de personas con discapacidad que tienen síndrome de Burnout y el fin es poder mejorar el manejo de las estrategias de afrontamiento con una injerencia de psicoterapia breve.

Dentro de esta primera parte es sustancial llevar a cabo un análisis retrospectivo para comprender la historia del conflicto y las condiciones de éste que puedan estar controlando la situación y en qué forma posiblemente pueda evolucionar si no se impone a tiempo una corrección. La recolección de estos datos suministrará información sobre la manera en que los sujetos están enfocando las estrategias de

afrontamiento lo que permitirán crear hipótesis del direccionamiento a la emoción o al problema. Otorgará conocer cuáles son los principales estímulos y relativamente las acciones que toman, y si los cuidadores reaccionan con comportamientos de acción motora, realizar movimientos bruscos contra sí mismos o hacia su familiar (ejem. golpear, agredir, lastimar, atacar), reacciones fisiológicas relacionadas con malestar corporal o respuestas cognitivas como atribuciones negativas con pensamientos automáticos.

La importancia de esta primera fase del proceso lleva a realizar una investigación minuciosa sobre el paciente; ya que cada detalle que brinda es una pauta que permite estructurar de mejor manera las siguientes fases del sistema de intervención.

Dada la situación en la que se encuentra el cuidador, el terapeuta llega a conocer fragmentos de la vida de éste, eso implica acceder y manejar información muy íntima; justamente otra fase del proceso es asegurarse de sostener una comunicación fluida, profesional y confidencial con el paciente, mantener enterado a los cuidadores de los resultados que se van obteniendo tanto de las entrevistas y aplicación de instrumentos psicométricos ayuda a afinar los lazos de empatía y crea un compromiso fuerte por parte del sujeto; desde un principio se solicita al usuario el consentimiento informado, mismo que permite tener claras las pautas más importantes de la metodología a la que se someterá, de igual forma se entregan informes psicológicos claros, precisos y amparados en el marco legal y ético.

Una vez que se ha concluido la primera fase del proceso y se ha identificado claramente el problema, surge necesario e indispensable establecer compromisos entre las partes, dado el diagnóstico del síndrome de Burnout en los cuidadores de personas con discapacidad, se prevé trabajar en conjunto y mejorar las estrategias de afrontamiento, sin embargo la predisposición de los usuarios debe quedar plasmada en acuerdos de apoyo para continuar con la terapia. Es aquí donde se incluirá un acuerdo por escrito mediante un contrato como un instrumento que garantiza y contribuye el alcance de logros planteados, de la misma forma evita

malos entendidos y posibles efectos que puedan aparecer en la marcha del tratamiento o intervención Olivares *et al.* (2014).

Llegar a un acuerdo y manifestar el deseo por parte del cuidador de recibir la intervención permite al profesional efectuar un análisis funcional con la información que se ha obtenido hasta el momento, esto conlleva a preparar en si la propuesta de trabajo con la formulación de objetivos direccionados al problema detectado, con el diseño de las actividades a realizar y sobre todo a validar las evidencias de los cambios que se desean lograr, en este caso es disminuir la sintomatología del síndrome de Burnout en los cuidadores de personas con discapacidad.

La segunda y tercera fase se centra en la aplicación del plan terapéutico, la elaboración del mismo se realizara en ausencia del usuario permitiendo así al terapeuta estudiar más detalladamente la información reunida en la primera entrevista, en la planificación que propone el psicólogo se establecen los objetivos que se desean lograr, las técnicas de terapia que se van a utilizar y las tareas para el paciente. Ya en el momento de la ejecución se indica al sujeto las actividades que ha planificado y que se desarrollaran en esa sesión.

Finalmente como última fase está la retroalimentación, la evaluación de la intervención y el seguimiento; actividades que permiten obtener información acerca de la percepción del usuario sobre la terapia, además es un tiempo destinado a aclarar dudas y ayudar al terapeuta a identificar si las técnicas aplicadas están asimilándose de formas positiva, también ayuda a medir el logro de los objetivos planteados; la exploración es una actividad que se da después que se han alcanzado las metas, con sesiones programadas que llegan a ser cada vez menos frecuentes y ayudan solo a verificar que el individuo ha aprendido con psicoterapia a superar y manejar sus conflictos. Concluyendo así que el objetivo más considerable de la terapia cognitiva no es curar al paciente, sino centrarse en ayudarlo a que se desenvuelva de mejor manera, utilizando estrategias de afrontamiento para que puedan tener una vida de calidad.

La Terapia Cognitivo - Conductual

Según Puerta Polo y Padilla Díaz (2012) “La Terapia Cognitiva- Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas” (p. 252). Este modelo de terapia tiene una estructura de entre ocho a veinte sesiones que pueden realizarse dependiendo de la patología detectada. Es una terapia que requiere un protocolo completo y muchos profesionales se han basado en el propuesto por Beck, este modelo permite estructurar las sesiones de acuerdo a las necesidades de cada sujeto, siendo a la vez un tipo de terapia flexible que se puede personalizar con la utilización de diversas técnicas para el control de emociones, pensamientos y conductas.

La terapia cognitivo conductual es una herramienta que se usa en función de los problemas del presente con el propósito de alcanzar cambios de comportamiento específicos. De acuerdo con varios estudios el uso de esta estrategia terapéutica tiene una amplia aplicación en la práctica clínica diaria, ya que aborda situaciones de conductas y experiencias emocionales que suelen aparecer en eventos transitorios y momentos que implican toma de decisiones importantes en la vida de las personas.

Dentro de los principales objetivos de este modelo está disminuir pensamientos disfuncionales basados en la identificación de patrones de ideas negativas sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, denominada tríada cognitiva, también busca identificar distorsiones cognitivas que incide en los sujetos haciéndolos actuar de una forma rígida y negativa ante la realidad; otro objetivo de este modelo terapéutico es incrementar habilidades de control que le ayuden al sujeto a autoevaluar sus pensamientos emociones y conductas cada vez que se encuentre ante situaciones que le generan distrés; la optimización de la capacidad de resolución de problemas es otro objetivo importante dentro de la TCC, por que permite a los sujetos ver los problemas como una oportunidad mas no como una

amenaza y se refuerza en ellos su capacidad para resolverlos; finalmente la terapia cognitivo conductual se enfoca que mejorar las habilidad sociales e interpersonales de las personas que debido a una patología han descuidado o han perdido este aspecto importante como seres sociales.

La conceptualización de esta forma de psicoterapia ayuda en este estudio a fundamentar que la ejecución de la terapia cognitivo conductual tiene un buen soporte en su aplicación y cubre las necesidades detectadas en los pacientes de investigación que requieren una intervención practica y efectiva que ayude a guiarlos en sus problemas de manejo de estrategias de afrontamiento. Como estructura del plan terapéutico se especifica un esquema de terapia con técnicas cognitivas conductuales de las cuales se describen algunas:

Las más utilizadas son, el entrenamiento en relajación, las técnicas de exposición, el entrenamiento en solución de problemas, las técnicas de afrontamiento; dentro de las técnicas cognitivas se encuentran: el procesamiento emocional, la reestructuración cognitiva, identificación y detención de pensamiento, entre otros, Botella, Baños y Perpiña (citado por Acevedo y Romel Yañez, 2014)

Se pretende seleccionar las técnicas más idóneas para que los sujetos mejoren el uso de sus estrategias de afrontamiento, esta selección se realiza en base a los principales problemas que aquejan al usuario y que hacen que la sintomatología del síndrome de Burnout que presentan se mantenga. Dadas las circunstancias del estudio de caso cabe recalcar que las técnicas se aplicaran de forma individual y se ha de especificar que se tiene clara conciencia que, cada miembro de la población es diferente, pero comparten una característica común y determinante que son la dificultad en el manejo de estrategias de afrontamiento.

Entre las técnicas cognitivo conductuales a utilizar se describen las siguientes:

Como estrategias conductuales las técnicas de:

Role Playing.- direccionada a identificar pensamientos automáticos, realizando un ensayo de conductas o modelado durante las sesiones.

Técnicas de afrontamiento como: Habilidades de afrontamiento y Solución de Problemas: se basa en cinco aspectos, orientación general, definición y formulación del problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones y verificación.

Como estrategias Cognitivas:

Autoregistros.- ayudan al paciente con la identificación del estado emocional durante la semana o días entre cada terapia, además permite recolectar información detallada de lo que le ocurre al paciente.

Técnicas emotivas:

Evitar verbalizaciones internas catastróficas o de incapacidad basada en creencias centrales, ayudan al paciente a aliviar sentimientos de tristeza, las mismas se sustituyen por comentarios que resalten las fortalezas e incrementan la tolerancia a la frustración.

Análisis de responsabilidades.- ayudan a reducir sentimientos de culpa en pacientes depresivos, a su vez permite recopilar información más objetiva de las razones que sustenta el paciente para recriminarse lo que le pasa.

Técnicas basadas en la imaginación.-la Imaginación como estrategias de coping que permiten al paciente utilizar la imaginación como estrategia de afrontamiento visualizándose a sí mismo haciendo frente a distintas situaciones.

Se ha considerado estas técnicas de acuerdo a cada caso presentado y se enfoca en lograr los objetivos propuestos por el paciente, son una diversidad de opciones

muy acercadas con la variable de estudio y, se podrán aplicar varias de ellas buscando los cambios necesarios que se requieren para mejorar las condiciones y calidad de vida de los cuidadores de personas con discapacidad severa.

Hipótesis

HI (Hipótesis alterna)

La aplicación de técnicas de manejo de estrategias afrontamiento mediante la intervención psicoterapéutica si influye en la disminución la sintomatología del síndrome de Burnout en cuidadores de personas con discapacidad severa.

HO (Hipótesis Nula)

La aplicación de técnicas de manejo de estrategias afrontamiento mediante la intervención psicoterapéutica no influye en la disminución de la sintomatología del síndrome de Burnout en cuidadoras de personas con discapacidad severa.

Señalamiento de variables

Variable

Manejo de estrategias de afrontamiento

CAPITULO II

METODOLOGIA

Población y Muestra

La población es un grupo de sujetos que pertenece al comité de cuidadores de personas con discapacidad todo es posible del MIES Latacunga, la muestra fue conformada inicialmente por 6 miembros que previamente fueron diagnosticados con Síndrome de Bornout y en el proceso de intervención se contó con una deserción finalizando el estudio con 5 participantes.

Métodos, técnicas e instrumentos

La metodología utilizada en el presente estudio es cualitativa, ya que se aplica el método exploratorio debido a que existen pocas investigaciones relacionadas con el manejo de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de personas con discapacidad en este país; se utiliza un procedimiento descriptivo puesto que narra el contenido de la variable; también es cuantitativo es decir tiene un enfoque mixto, permite aplicar métodos clínicos como el levantamiento de historias clínicas de los sujetos con quienes se realiza la intervención; el modo patológico nos ayuda a identificar cuantos individuos de la población padecen el síndrome de Burnout y finalmente es psicométrico y estadístico porque se utilizan herramientas de validación psicométricas que permiten obtener datos estadísticos con resultados medibles y comprobables.

El instrumento utilizado se denomina Cuestionario de Respuestas de Afrontamiento para adultos y consta de dos partes, una en donde se describe el problema principal valorando la intensidad de estrés generado y el grado de control que creía tener y un cuestionario de 48 preguntas que ayudan a detectar el nivel de

uso de estrategias de afrontamiento tiene cada sujeto. La aplicación toma un tiempo aproximado de entre 15 a 20 minutos.

Confiabilidad

La consistencia interna se ha analizado por medio de dos métodos: estudio estadístico de alfa de Cronbach e interrelaciones entre las escalas. Los coeficientes alfa son moderados en la mayoría de las escalas, si bien no son valores óptimos, concuerdan con los reportados por la bibliografía existente sobre cuestionarios de afrontamiento, en la mayoría de los cuales los valores de consistencia interna no suelen ser elevados, Mikulic y Crespi (citado por Moos, 2012).

Validez

La validez convergente ha sido analizada mediante correlaciones de Pearson entre el CRI-A y el CSI a una muestra de 100 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona el *Coping Strategy Indicator* (CSI), evalúa tres dimensiones de afrontamiento y la adaptación española informa de una satisfactoria consistencia interna, con valores de alfa de 0,89 para la escala de solución de problemas, 0,92 en la escala de búsqueda de soporte social y 0,83 en la escala de evitación. Al igual que el CRI-A, el CSI se considera una medida auto informada de afrontamiento situacional.

La versión española del CRI-A muestra una validez convergente moderada, pero adecuada, dado que los coeficientes de correlación más elevados se obtienen entre aquellas escalas del CRI-A y CSI conceptualmente comparables. La dimensión de Solución de problemas del CRI-A y CSI correlaciona con la escala de solución de problemas del CRI-A, la más cercana desde el punto de vista conceptual, y también correlaciona con la escala de análisis lógico. La dimensión de Busque de soporte social del CSI correlaciona con la escala de Busque de guía y soporte del CRI-A, ambas muy similares a nivel teórico. Finalmente, la dimensión

de Evitación del CSI correlaciona con diversas escalas del foco evitativo como son evitación cognitiva, aceptación – resignación y descarga emocional.

Criterios de inclusión y exclusión del análisis casuístico

Los cuidadores fueron seleccionados en base a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Haber sido diagnosticado con Síndrome de Burnout
- Tener un familiar con discapacidad severa,
- Tener entre 20 y 64 años de edad,
- Ser responsable y cuidador directo de la persona con discapacidad las 24 horas del día.
- Tener predisposición y colaboración para realizar el estudio.
- Asistir regularmente a las sesiones programadas

Criterios de exclusión:

- No tiene Síndrome de Bornout
- No es familiar directo de la persona con discapacidad
- Es menor de 20 años y mayor de 64 años de edad
- Cuida a la persona con discapacidad solo en el día o solo en la noche,
- Tener un diagnostico psiquiátrico.
- No está interesado en participar en el estudio de caso
- No asiste periódicamente a las sesiones programadas

Proceso secuencial de obtención de información

En primera instancia se ejecuta la entrevista psicológica de donde se obtienen referencias relacionadas con anamnesis personal, relación con el sujeto con discapacidad, tiempo que lleva a cabo la actividad de cuidador entre otros. En segundo lugar se aplica el CRI-A, se efectúa la interpretación de datos del

instrumento aplicado y se identifican las subescalas de afrontamiento que necesitan ser trabajadas, de lo cual se establece el plan terapéutico con los diferentes métodos a aplicar y se inicia con la intervención enfocado en el manejo de técnicas de afrontamiento. Finalmente se administra el re test que permite determinar la efectividad de la psicoterapia correlacionando los resultados obtenidos antes y después de la terapia.

Protocolo de intervención

Caso N° 1.

PLAN DE TRATAMIENTO

Definición: Presenta preocupación por problemas de salud en la familia y conflictos con hermanos.

Presencia de recuerdos recurrentes de maltrato psicológico recibido por su madre en su niñez, adolescencia y actualidad.

Preocupación por economía insuficiente para el cuidado de su suegra con discapacidad visual

Poco control de las emociones de ira y tristeza.

Metas: Disminuir la tensión al tener contacto con sus familiares. Mejorar el manejo de Búsqueda de guía y soporte y Reevaluación positiva como estrategias de afrontamiento.

OBJETIVOS

INTERVENCIÓNES

- | | |
|--|---|
| 1. Mejorar la relación con la madre | Desarrollar activamente el nivel de confianza con el cliente y realizar la presentación del principio básico cognitivo; mediante la terapia cognitivo conductual se establecerán técnicas para identificar pensamientos automáticos mediante una tabla de autoregistros se enseña la identificación de situaciones, pensamientos, emociones y conductas que conllevan a la paciente a tener una mala relación con su madre. Para facilitar el aprendizaje se envían tareas de autoregistros durante las tres primeras sesiones. |
| 2. Facilitar la relación con los hermanos. | Para lograr este objetivo se entrena a la paciente con la técnica de role Playing, en base a una situación específica se asigna roles tanto al paciente como al terapeuta y se simula la solución del conflicto manejando control de emociones y usando la parte racional, el ejercicio se realiza cambiando los roles hasta que el paciente aprenda a controlar sus emociones. Se solicita a la paciente realice una lista sobre posibles conflictos que puedan presentarse posteriormente con sus cuñados. |
| 3. Generar habilidades en la búsqueda de ayuda | Se realiza un análisis sobre la problemática de relaciones sociales dentro del sub área familiar que hacen que la paciente demuestre conductas de inseguridad en la |

búsqueda de ayuda. Se utiliza la técnica de solución de problemas primero identificando una situación que le genere inseguridad en buscar ayuda, segundo se solicita a la paciente enumerar o nombrar un grupo de personas a las que posiblemente pueda acudir a pedir ayuda, se realiza un análisis de ventajas y desventajas y se jerarquiza el orden de importancia, finalmente se solicita ejecutar la búsqueda en el transcurso de la semana, como tarea debe practicar el planteamiento de alternativas de personas a las que puede acudir cuando tenga problemas. Con esta actividad se entrena búsqueda de guía y soporte y mejorar sus relaciones sociales y familiares.

4. Establecer responsabilidades para su hijo

Su dificultad para reevaluar positivamente su situación conllevan a la paciente a sentir incapacidad para controlar la conducta de su hijo adolescente; para lograr este objetivo se entrena a la paciente con la técnica de imaginación como estrategia de coping; partiendo de la identificación de la situación se pide imaginar el dialogo que utilizará para solicitar a su hijo el cumplimiento de responsabilidades. El terapeuta guía la imaginación sugiriendo correcciones sobre lo que dice la paciente. Para motivar a la paciente se envía de tarea enlistar cualidades que la caractericen como persona.

DIAGNOSTICO

Problemas Psicosociales y ambientales, problemas relativos al grupo primario.

Cuadro 1. Plan de Tratamiento Caso 1
Fuente: Investigación Bibliográfica
Elaborado por: El Investigador

DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO CASO 1.

Datos generales: Mujer de 48 años de estado civil casada, se dedica al cuidado de su hija con PCI (parálisis cerebral infantil), su principal conflicto está relacionado con el grupo primario de apoyo (madre, cuñados e hijo menor).

Intervenciones para el primer objetivo.

Objetivo 1: Mejorar la relación con su madre

Una vez generado el rapport con la paciente mediante el desarrollo activo de confianza se realiza la presentación del principio básico cognitivo, es decir se explica la función de las cogniciones, emociones, conductas y reacciones fisiológicas que se presentan constantemente antes, durante y después de un conflicto para resolverlo; con la introducción conceptual que describe la forma de terapia que se utilizará se establecen técnicas para identificar el nivel de pensamientos automáticos que están interviniendo en la forma de afrontamiento de los problemas. Como terapeuta el objetivo debe ser, llevar de forma organizada la terapia, guiando a la paciente cuando se salga del contexto del trabajo mencionando constantemente los conceptos básicos de la terapia cognitiva conductual, hasta que la paciente la asimile, entienda y procese de manera más realista la influencia de sus pensamientos y creencias sobre sus conductas. Cuando se haya descrito el principal problema de la paciente se enseña paso a paso a identificar los pensamientos automáticos mediante una tabla de autoregistros, se pide que escriba la situación, pensamiento, emoción y conducta que realiza o que generan en este caso a tener una mala relación con su madre.

Generar esta habilidad en los pacientes requiere de práctica constante por lo que durante todas las sesiones se utiliza esta técnica, de tal forma que se empieza a crear un hábito en el usuario que a su vez esta práctica facilita el desarrollo de cada sesión. Con la aplicación de esta técnica se incluyen también el análisis sobre su

problema persuadiendo a que la usuaria evalúe el control que tiene ella sobre sus pensamientos. Para facilitar el aprendizaje se envía tareas de autoregistros durante las tres primeras sesiones ya que durante este tiempo se tratará de educar a la paciente en el reconocimiento del concepto básico cognitivo.

Intervenciones para el segundo objetivo

Objetivo 2: Facilitar la relación con los hermanos.

Establecido el Rapport se realiza una revisión de las sesiones anteriores mediante una evaluación sobre el nivel del primer objetivo alcanzado, es muy importante realizar una retroalimentación recurrente sobre el proceso terapéutico que se aplica, que permita aclarar inquietudes e incluso desacuerdos por parte de la usuaria; la retroalimentación y evaluación de las terapias permiten afianzar los lazos de confianza entre terapeuta y paciente para poder continuar de manera armónica y siempre enfocados en obtener resultados que ayuden a mejorar la calidad de vida de la usuario.

Para lograr el segundo objetivo que es facilitar la relación con los hermanos, se entrena a la paciente con la técnica de role playing, que consiste en identificar una situación que le genere conflicto relacionada con sus hermanos, como estrategia se trata de partir siempre utilizando el concepto básico cognitivo para que la usuaria controle sus pensamientos durante el evento estresante. En esta técnica se asigna roles tanto al paciente como al terapeuta; el terapeuta puede asumir el rol de su paciente ya que existe un mejor conocimiento sobre su comportamiento y la paciente imitara a su familiar que le genera conflicto, se simula la solución del conflicto mediante un ejercicio que se puede representar de dos formas: una en donde el terapeuta actúa como la paciente demostrando el malestar emocional que suele usar la paciente, dándole todas las ventajas a su familiar de controlar el evento, el objetivo de esta parte del ejercicio es que pueda ver su comportamiento errado cuando deja que sus emociones y pensamientos errados la dominen; la segunda forma se representa el ejercicio es demostrando control de emociones, es decir

usando la parte racional, cambiando sus pensamientos sobre el evento; el juego de roles enseña a la paciente a proyectarse al posible conflicto y a preparar sus respuestas ante él de forma mejor adecuada. Se puede realizar el ejercicio cambiando los roles hasta que el paciente aprenda a controlar sus emociones.

Al igual de la técnica de identificación de pensamientos automáticos, se requiere de práctica hasta que se desarrolle la habilidad; con esta técnica se busca lograr la meta general que es mejorar sus relaciones sociales.

Se solicita a la paciente realice una lista sobre posibles conflictos que puedan presentarse posteriormente con sus cuñados para mejorar la técnica durante las próximas sesiones.

Intervenciones para el tercer objetivo.

Objetivo 3: Generar habilidades en la búsqueda de ayuda

La principal problemática de la paciente es el manejo de sus relaciones sociales dentro del sub área familiar que provocan en la paciente comportamientos de inseguridad en la búsqueda de ayuda. Para desarrollar esta habilidad se utiliza la técnica de solución de problemas que consiste en seleccionar una situación que le haga sentir inseguridad en buscar ayuda, reforzando constantemente la identificación de pensamientos automáticos disfuncionales; segundo se solicita a la paciente enumerar o nombrar un grupo de personas a las que posiblemente pueda acudir cuando necesite guía o soporte, los mismos pueden ser su conyugue, hijos, hermanos, vecinos o algún profesional que satisfaga sus necesidades de conocer algo que no sabe cómo hacerlo; tercero se realiza un análisis de ventajas – desventajas de pedir ayuda a las personas propuestas y se jerarquiza el orden de importancia en el que puedan ser fuente de ayuda; finalmente y como tarea se solicita ejecutar la búsqueda y pedir ayuda en el transcurso de la semana ante cualquier situación.

Con esta actividad se entrena búsqueda de guía y soporte tratando de disminuir la inseguridad que le genera el temor de entablar un dialogo o de solicitar ayuda, independientemente de que su solicitud se rechazada o atendida lo que se busca es que no lo deje en un solo intento y que repita la acción, también se influencia a tener mejores relaciones sociales y familiares.

Intervenciones para el cuarto objetivo

Objetivo 4: Establecer responsabilidades para su hijo

La dificultad para reevaluar positivamente su situación conlleva a la paciente a sentir incapacidad para controlar la conducta de su hijo adolescente; debido al maltrato que la usuaria recibió en su infancia y adolescencia le es complicado realizar llamados de atención o establecer castigos para su hijo de quince años, por temor a que reaccione de forma negativa o que sufra lo mismo que ella sintió; por esta razón para lograr este objetivo se entrena a la paciente con la técnica de imaginación como estrategia de coping, la misma consiste en identificar la situación que desea afrontar, posteriormente se pide establecer un dialogo adecuado tanto para la persona como para el problema, por ejemplo solicitar a su hijo el cumplimiento de tareas acorde a su edad, limitar uso de tecnología, cumplir un horario de llegada a la casa o realizar tareas del hogar. El terapeuta guía la imaginación sugiriendo frases para el diálogo que dice la paciente, ayuda a analizar posibles reacciones de su hijo ante las peticiones y guía en la negociación de acuerdos que pueden llegar a realizar los mismos deben beneficiar a las dos partes.

Para motivar a la paciente se envía de tarea enlistar cualidades que la caractericen como persona, con el fin de rescatar y reforzar su autoestima y su rol como figura de autoridad dentro de su hogar, dentro de esta actividad se solicita pedir el apoyo de los miembros de su familia; así se refuerza búsqueda de guía y soporte y reevaluación positiva

Caso N° 2.

PLAN DE TRATAMIENTO

Definición: Presenta preocupación por conflictos con su hija de 11 años quien roba dinero de su padre y madre. El malestar emocional que le produce frustración y tristeza y siente poco dominio sobre el problema.

La comunicación incorrecta con su hija le causa inseguridad, sus sentimientos de pérdida de autoridad le causan angustia.

Metas: Establecer el rol de figura de autoridad de la madre. Identificar posibles causas que impidan ejecutar acciones de control sobre el conflicto. Mejorar el manejo de estrategias de afrontamiento en solución de problemas y búsqueda de guía y soporte.

OBJETIVOS

INTERVENCIONES

- Desarrollar activamente el nivel de confianza con el cliente y realizar la presentación del principio básico cognitivo; mediante la terapia cognitivo conductual se establecerán técnicas para mejorar sus habilidades de comunicación, direccionadas a corregir la calidad de comunicación con su hija y sus peticiones sobre las responsabilidades que solicita sean más eficaces. La técnica se aplica identificando los componentes verbales y no verbales del contenido del mensaje que la madre desea dar a su hija; aprendiendo a reconocer la atención prestada por ella es decir que no sea una atención superficial, para esto debe utilizar la percepción del mensaje y valorar las respuestas que da su hija ya sean de forma verbal o gesticular; es importante verificar la duración o proporción de tiempo de la comunicación para no ser redundante ni cansar al receptor con el mismo tema; finalmente se debe alternar la interacción con el uso elementos interactivos como contacto visual, variaciones en tono de voz, movimiento corporal entre otros.
- Es muy complicado para la usuaria hacer cumplir sus condiciones; para esto es necesario reforzar este objetivo con técnicas de solución de problemas que consiste en resumir la situación identificando los
1. Mejorar la comunicación con su hija
 2. Establecer limites

principales riesgos de dejarlo sin resolver, cuando la paciente haya entendido los peligros que tiene al no corregir oportunamente la situación debe enlistar las posibles formas de solucionar el conflicto de preferencia puede considerar por lo menos dos formas; cuando haya analizado la más idónea se le ayuda a valorar las ventajas y desventajas; finalmente debe poner en práctica.

La inseguridad que siente la usuaria sobre su rol de figura materna hace que no reconozca sus fortalezas y oportunidades de mejorar dentro de este papel, por lo que se enseña a la madre a identificar sus pensamientos

3. Reconocer el manejo de sus fortalezas y oportunidades

disfuncionales realizando autoregistros de las situaciones, pensamientos, emociones y conductas que tiene sin darse cuenta. Este proceso de aprender a reconocer sus pensamientos y cómo influyen en la toma de decisiones es fundamental y se lo realiza continuamente durante todas las sesiones.

4. Disminuir la angustia que le causa el poco control de los problemas

Mediante la técnica de respiración profunda se enseña a la usuaria a controlar su angustia, agitación fisiológica y tensión cuando piensa que no está controlando el problema. La respiración profunda tiene tres pasos que con la práctica se vuelven fáciles y puede realizarlos en cualquier momento. El primer paso es tomar aire en un tiempo controlado es decir en 3 segundos inhala, posteriormente debe mantener la respiración durante 5 segundos y finalmente exhala en 3 segundos, este ejercicio puede se realiza durante 10 a 15 minutos.

DIAGNOSTICO

Problemas Psicosociales y ambientales, relativos al grupo primario.

Cuadro 2. Plan de Tratamiento Caso 2
Fuente: Investigación Bibliográfica
Elaborado por: el Investigador

DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO CASO 2.

Datos generales: Mujer de 30 años de estado civil casada, se dedica al cuidado de su hijo con retraso psicomotriz, autismo y convulsiones, su principal conflicto está relacionado con el grupo primario; hija de 11 años con comportamientos disfuncionales.

Intervenciones para el primer objetivo.

Objetivo 1: Mejorar la comunicación con su hija

Se desarrolla activamente el nivel de confianza con el cliente y se realiza la presentación del principio básico cognitivo; mediante la terapia cognitivo conductual se establecerán técnicas para mejorar sus habilidades de comunicación, direccionadas a afianzar la calidad de relación que tiene con su hija; la usuaria refiere que percibe que sus peticiones sobre las responsabilidades que le solicita son superficiales y no causan el efecto que ella espera sobre su hija. La técnica de comunicación se aplica primero identificando los componentes verbales y no verbales del contenido del mensaje que la madre desea dar a su hija; se le enseña a reconocer la atención prestada por ella es decir que no sea una atención superficial para esto debe identificar como esta dando el mensaje y valorar las respuestas que da su hija ya sean de forma verbal o gesticular; es importante verificar la duración o proporción de tiempo de la comunicación para no ser redundante ni cansar al receptor con el mismo tema; finalmente se debe alternar la interacción con el uso elementos complementarios como el contacto visual, variaciones en tono de voz, movimiento corporal entre otros.

Como tarea se solicita a la madre indagar sobre las actividades que le generan interés a su hija y entablar una conversación acerca de eso utilizando las técnicas de habilidades de comunicación realizadas en la terapia.

Intervenciones para el segundo objetivo.

Objetivo 2: Establecer límites

El principal inconveniente de la usuaria es establecer límites, no con su hija sino con ella misma, ya que no es coherente entre lo que dice y lo que hace; para esto es necesario reforzar este objetivo con técnicas de solución de problemas, de esta forma se instruye de forma objetiva cual es el objetivo de resolver el problema, conjuntamente con la usuaria se analiza los principales riesgos de no ejecutar las decisiones que toma constantemente y dejarlo sin resolver, cuando la paciente haya entendido los riesgos que tiene se solicita enlistar las posibles conveniencias de solucionar el conflicto, de preferencia puede considerar al menos dos formas; se persuade a que revise las ventajas y desventajas y finalmente con el uso de metáforas se motiva a la madre a poner en práctica. Esta última actividad queda como tarea la misma que deberá describir en las próximas sesiones en donde se irán corrigiendo las cosas que no haya salido como esperaba.

Intervenciones para el tercer objetivo.

Objetivo 3: Reconocer el manejo de sus fortalezas y oportunidades.

Realizar un FODA personal ayuda a la usuaria a focalizar su atención en las fortalezas que tiene como persona, generalmente este proceso causa un poco de frustración pues para la usuaria se le hace más fácil ver las cosas malas que las buenas. La inseguridad que siente sobre su rol de figura materna hace que no reconozca sus habilidades y oportunidades de mejorar su rol; se enseña a la madre a identificar sus pensamientos disfuncionales realizando autoregistros de las situaciones, pensamientos, emociones y conductas que tiene sin darse cuenta. Se realiza constantemente un recordatorio sobre el principio básico cognitivo, para que su reconocimiento de fortalezas sea objetivo y realista. Este proceso de aprender a identificar los pensamientos disfuncionales y cómo influyen en la toma y ejecución de decisiones es esencial ya que la paciente se deja llevar mucho por las emociones.

Como tarea se solicita realizar autoregistros durante los días que continúan hasta la siguiente sesión y se refuerza esta técnica continuamente durante toda la terapia.

Intervenciones para el cuarto objetivo.

Objetivo 4: Disminuir la angustia que le causa el poco control del problema

La angustia descrita por la usuaria es una característica de ansiedad, además de síntomas fisiológicos como tensión muscular, síntomas afectivos como tristeza, preocupación y desesperación que le causan mucho malestar psicológico y mediante la técnica de respiración profunda se enseña a la usuaria a controlar esta sintomatología cuando piensa que no está controlando el problema. La respiración profunda tiene tres pasos sencillos que con la práctica se vuelven fáciles y puede realizarlos en cualquier momento. Se solicita a la usuaria ponerse cómoda ya sea sentada o recostada, el ejercicio consiste en tomar aire en un tiempo controlado es decir en 3 segundos inhala, posteriormente debe mantener la respiración durante 5 segundos y finalmente exhala en 3 segundos, el tono de voz que utiliza el terapeuta para guiar el ejercicio es muy importante ya que lo que se busca es que la usuaria relaje y controle su respiración; este ejercicio puede realizarse durante 10 a 15 minutos. Una vez que la usuaria haya aprendido a controlar su respiración se puede implementar la relajación muscular utilizando la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

Por el momento se solicita como tarea dedicar una vez al día durante 10 minutos a realizar el ejercicio de respiración profunda aprendido en la terapia.

Caso N° 3.

PLAN DE TRATAMIENTO

Definición: Presenta preocupación por enfermedad oncológica detectada hace un año de la cual no recibe ningún tratamiento, demuestra sentimientos de frustración e ira por la falta de atención recibida, además de la preocupación por la salud de su hijo con enfermedad catastrófica que demanda de cuidados especiales. Sus condiciones económicas y ambientales son un factor predominante sobre los conflictos de relativos al grupo primario.

Metas: Identificar pensamientos automáticos disfuncionales. Mejorar el manejo de estrategias de afrontamiento en búsqueda de guía y soporte y reevaluación positiva

OBJETIVOS

INTERVENCIONES

- | | |
|--|--|
| 1. Generar estrategias para elevar autoestima y focalizar emociones | Desarrollar activamente el nivel de confianza con el cliente y realizar la presentación del principio básico cognitivo; mediante la terapia cognitivo conductual, se instruye a la paciente sobre la influencia de los pensamientos en las emociones y comportamientos, especialmente sobre aquellos pensamientos disfuncionales que restan sus habilidades y capacidades como persona. Se realiza un proceso psicoeducativo sobre las emociones, el significado y función de las emociones, se enseña a la paciente los tipos de emociones que puede reconocer fácilmente y los que no; se realiza un análisis de las emociones funcionales y las disfuncionales; de forma práctica se realiza un registro de experiencias emocionales y finalmente se trabaja con la regulación de las emociones disfuncionales detectadas mediante reestructuración cognitiva. Como tarea se envía realizar el registro de emociones según lo aprendido en la terapia |
| 2. Reducir los niveles de angustia, miedo y tirsteza que le causan vergüenza ante otras personas | Mediante la técnica de respiración profunda se enseña a la usuaria a controlar su angustia, agitación fisiológica y tensión cuando piensa que no está controlando el problema. La respiración profunda |

tiene tres pasos que con la práctica se vuelven fáciles y puede realizarlos en cualquier momento. El primer paso es tomar aire en un tiempo controlado es decir en 3 segundos inhala, posteriormente debe mantener la respiración durante 5 segundos y finalmente exhala en 3 segundos, este ejercicio puede se realiza durante 10 a 15 minutos.

El autocontrol es proceso de aprendizaje que parte con el reconocimiento de las emociones, cuando la paciente haya aprendido a reconocer sus emociones se empieza a aplicar la tecnica de reestructuración cognitiva, basada en detectar pensamientos disfuncionales que le causan ira. Realizar un

3. Instruir en estrategias de autocontrol y control de ira cuestionamiento sobre la racionalidad del pensamiento, la utilidad, la realidad y el lenguaje que expresa con esa emoción. Posteriormente se busca pensamientos alternativos y se los reemplaza por aquellos que tengan un un contenido mas racional y real a la situación, finalmente se solicita a la usuaria haga una conclusión analizando que pensamiento le resulta lo mas funcional para ella.

4. Formar criterios de resiliencia ante los problemas de empatia y reconociendo sus emociones sin revictimizarse. Se solicita cerrar los ojos e imaginar el momento especifico del conflicto y hacer como si estuviera enfrentandolo en ese momentos, que pensaría, que sentiría, y como sería el comportamiento de que puede tener, utilizando las estrategias de afrontamiento.

DIAGNOSTICO

Eje I: F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316]

Eje II: Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

Eje III: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Cuadro 3. Plan de Tratamiento Caso 3

Fuente: Investigación Bibliográfica

Elaborado por: el Investigador

DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO CASO 3.

Datos generales: Mujer de 37 años de estado civil soltera, se dedica al cuidado de su hijo con enfermedad catastrófica denominada Von Willebrandy, su principal conflicto está relacionado con enfermedad endocrina, nutricional y metabólica (cáncer de tiroides), problemas relativos al grupo primario de apoyo (hermanos) y problemas económicos.

Intervenciones para el primer objetivo.

Objetivo 1.: Generar estrategias para elevar autoestima y focalizar emociones

Desarrollar activamente el nivel de confianza con el cliente y realizar la presentación del principio básico cognitivo; se instruye a la paciente sobre la influencia de los pensamientos en las emociones y comportamientos, especialmente sobre aquellos pensamientos disfuncionales que restan sus habilidades y capacidades como persona.

Para generar las estrategia que permitan elevar su autoestima se realiza un proceso psicoeducativo sobre las emociones, es decir, se explica conceptualmente el significado y la importancia de su función tanto fisiológica como psicológicamente; para garantizar una comprensión optima se realiza biblioterapia, asi la paciente puede verificar que la información es real y basada en investigaciones científicas. Una vez que se a contextualizado el significado de las emociones se pide a la paciente reconozca algunos tipos de emoción que haya experimentado en algun momento de su vida y se complemente su experiencia con la descripción de otras emociones que se le dificultan explicar, guiandonos en el Modelo de emociones primarias y secundarias de Tenhouten; posteriormente se realiza un análisis de las emociones funcionales y las disfuncionales es decir aquella emociones que nos motivan a comportarnos de manera adaptada a la situación

(funcionales) y las que hacen que el comportamiento sea desagradable y cause malestar tanto físico como emocional (disfuncional).

Al ser una terapia basada en la psicoeducación se trabaja con las emociones en varias sesiones. Continuadamente, se refuerza el conocimiento adquirido mediante ejercicios prácticos, utilizando un esquema de registro de experiencias emocionales, similar al registro de pensamientos disfuncionales, se anotara la situación, el nombre de la emoción, una descripción de reacciones físicas, el comportamiento inmediato y el pensamiento que tuvo en ese instante. Así la usuaria aprende a entender todo lo que implica el conocer una emoción y como funciona sin que se de cuenta ya que no es conciente de lo que pasa.

Finalmente, cuando ya existe la identificación de las emociones y sus consecuencias, se trabaja con la regulación de aquellas que se han de considerar como disfuncionales, lo que consiste en poner en practica estrategias concretas que favorecerán una buena expresión emocional. Utilizando una escala de intensidad y frecuencia se detectan las que mas influyen en el comportamiento inadecuado de la usuaria y se hace una reestructuración cognitiva la misma que consiste en reemplazar pensamientos nuevos y eliminar aquellos que le causan malestar emocional. Como tarea de refuerzo se envía realizar el registro de emociones según lo aprendido en la terapia

Intervenciones para el segundo objetivo.

Objetivo 2.: Reducir los niveles de angustia, miedo y tirsteza que le causan vergüenza ante otras personas

Algunas de las características más notorias de la ansiedad son las reacciones fisiológicas, las palpitaciones, sudoración exagerada, enrojecimiento facial, tensión muscular, causan en la usuaria nivel de malestar más alto, es así que para ayudar a controlar sus pensamientos se hace un acompañamiento de la técnica de respiración profunda que ayuda a disminuir esta sintomatología física, para esto se enseña tres

pasos sencillos de respiración que, con la práctica se vuelven fáciles y puede realizarlos en cualquier momento.

El primer paso es tomar aire en un tiempo controlado es decir en 3 segundos inhala, posteriormente debe mantener la respiración durante 5 segundos y finalmente exhala en 3 segundos, este ejercicio puede se realiza durante 10 a 15 minutos o hasta que los síntomas disminuyan.

Intervenciones para el tercer objetivo.

Objetivo 3: Instruir en estrategias de autocontrol y control de ira

El autocontrol es una técnica de aprendizaje que parte con el reconocimiento de las emociones, como ya se planteó en las primeras sesiones la paciente tiene bases muy importantes para reconocer sus emociones con esta base se aplica la técnica de reestructuración cognitiva, consiste en detectar pensamientos disfuncionales que le causan la emoción, en este caso la ira que siente cuando esta con mucha gente a su alrededor; los pensamientos son “que estará diciendo la gente de mí”, “no necesito que nadie me tenga lástima”, “no soporto tanto escándalo” ; se inicia realizando un cuestionamiento sobre la racionalidad del pensamiento, es decir hacer analizar que pruebas tiene de que están hablando de ella; segundo, la utilidad, cuestionar que beneficio le da ese pensamiento; tercero, la realidad, preguntarse así mismas “¿porque me afecta tan desproporcionadamente lo que pienso cuando la realidad es diferente?”, y; finalmente el lenguaje que expresa con esa emoción, cuando hablo demuestro mi ira, utilizo palabras ofensivas, el tono de mi voz es hostil, y mi cuerpo se pone tenso, tengo las manos en puño y frunzo el ceño”. Posteriormente se busca pensamientos alternativos y se los reemplaza por aquellos que tengan un contenido más racional y real a la situación.

Se solicita a la usuaria haga una conclusión analizando que pensamiento le resulta lo más funcional para ella o cómo le sería más cómodo sentirse en esas situaciones.

Intervenciones para el cuarto objetivo.

Objetivo 4: Formar criterios de resiliencia ante los problemas

Para que la usuaria pueda hacer una reevaluación positiva sobre su problema se instruye con la técnica de imaginación como estrategia de coping que le permite realizar un repaso sobre cómo afrontar un momento difícil siendo resiliente, la generación de empatía es muy difícil para ella, así que se trabaja constantemente con los pensamientos disfuncionales hasta que adopte una actitud de empatía sin re victimizarse. Se solicita cerrar los ojos e imaginar el momento específico del conflicto y hacer como si estuviera enfrentándolo en ese momento, qué pensaría, que sentiría, que diría y como sería el comportamiento de que puede tener, utilizando las estrategias de afrontamiento que aprendió durante toda la terapia; este ejercicio le ayudará a sentir más confianza en sí misma y aceptara los problemas con una mejor actitud.

Caso N° 4.

PLAN DE TRATAMIENTO

Definición: Presenta frustración por no poder salir donde su suegra porque siente compromiso y gratitud por la ayuda que recibe. Siente ira por la poca consideración hacia ella.

Sus pensamientos de desamparo para cuando tenga que enfrentar el tratamiento o posible cirugía invasiva por HPV que le detectaron hace 4 meses, le generan tristeza, miedo y preocupación

Los encuentros hostiles con su ex esposo le hacen sentir desvalorizada

Las condiciones económicas y ambientales son un factor predominante para los conflictos ambientales que afronta.

Metas: Reestablecer su autoestima y mejorar el manejo de estrategias de afrontamiento de evitación cognitiva, análisis lógico y solución de problemas.

OBJETIVOS

INTERVENCIONES

1. Planificar la búsqueda de un nuevo lugar para vivir	<p>Desarrollar activamente el nivel de confianza con el cliente y realizar la presentación del principio básico cognitivo. Una vez establecido el fundamento de la TCC, se aplica la técnica de solución de problemas. Se solicita a la usuaria analizar los posibles lugares en donde puede vivir para evitar esa tensión, se revisa las condiciones económicas, las ventajas y desventajas de las alternativas propuestas y como tarea se solicita ejecutar la búsqueda.</p> <p>La imaginación como estrategia de coping, es una herramienta que ayuda a la usuaria a planificar mentalmente las acciones que va a tomar antes, durante y después de su tratamiento médico. La imaginación</p>
2. Revisar las fortalezas y oportunidades que tiene al someterse al tratamiento	<p>permite hacerle experimentar la situación como si ya lo estuviera viviendo, le ayuda a prever las cosas que se le podrían complicar y se le entrena en ese mismo momento sobre la mejor forma de solución que puede aplicar. Así se identifican las fortalezas personales que tiene y las oportunidades que puede aprovechar durante esta etapa.</p>

<p>3. Limitar el contacto con su ex esposo</p>	<p>Para limitar el contacto hostil con su ex esposo y recuperar su autoestima se educa a la paciente con técnicas de entrenamiento en asertividad, que consiste en reconocer sus derechos personales y aprender a poner un alto al constante maltrato psicológico que recibe de su ex esposo; se realiza biblioterapia para analizar conjuntamente el derecho asertivo comparándolo con las ideas erróneas que se tienen acerca de respetar los derechos de uno mismo y el de los demás</p>
<p>4. Disminuir los niveles de ansiedad por el cuidado de su suegra</p>	<p>Mediante la técnica de respiración profunda se enseña a la usuaria a controlar su angustia, agitación fisiológica y tensión muscular cuando tiene desacuerdos con su suegra. La respiración profunda tiene tres pasos que con la práctica se vuelven fáciles y puede realizarlos en cualquier momento. El primer paso es tomar aire en un tiempo controlado es decir en 3 segundos inhala, posteriormente debe mantener la respiración durante 5 segundos y finalmente exhala en 3 segundos, este ejercicio puede se realiza durante 10 a 15 minutos.</p>
<p>DIAGNOSTICO</p>	<p>Eje I: F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316] Eje II: Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09] Eje III: Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99) B97.7 Papilomavirus como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo</p>

Cuadro 4. Plan de Tratamiento Caso 4
Fuente: Investigación Bibliográfica
Elaborado por: el Investigador

DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO CASO 4.

Datos generales: Mujer de 25 años de estado civil divorciada, se dedica al cuidado de su hija con PCI (parálisis cerebral infantil), meningitis y convulsiones recurrentes; su principal conflicto está relacionado con enfermedad infecciosa y parasitaria (HVP papilomavirus) y problemas relativos al grupo primario de apoyo (ex esposo, suegra y hermano).

Intervenciones para el primer objetivo.

Objetivo1: Planificar la búsqueda de un nuevo lugar para vivir

Una vez que se ha desarrollado un nivel de confianza con el cliente se realiza la presentación del principio básico cognitivo, es decir el funcionamiento de los pensamientos emociones, comportamiento y reacciones fisiológicas que se presentan cuando se atraviesa una situación estresante. Una vez establecido el fundamento de la TCC, se aplica la técnica de solución de problemas, en este caso la paciente requiere con gran urgencia salir a vivir de forma independiente ya que la casa de su suegra tiene un ambiente de hostilidad que le genera mucho malestar emocional, para esto se solicita a la usuaria analizar los posibles lugares en donde puede o le gustaría vivir y evitar ese ambiente de tensión; se revisa las condiciones económicas, los lugares que podría visitar o a quien pudiera recurrir para que le ayuden a buscar un sitio; se revisan las ventajas y desventajas de las alternativas propuestas, se jerarquizan las de mayor oportunidad y como tarea se solicita ejecutar las búsquedas.

Se da seguimiento a las actividades de búsqueda y se analizan los inconvenientes que se le han presentado, con el análisis de las ventajas y desventajas que se revisaron previamente se persuade a la usuaria a mantenerse objetiva en conseguir lo que necesita para mejorar su calidad de vida. Dentro de este proceso

es necesario considerar la forma en que afrontara la salida de la casa de su suegra, para lo cual se sugiere comunicar los planes personales que tiene propuestos.

Intervenciones para el segundo objetivo.

Objetivo 2: Revisar las fortalezas y oportunidades que tiene al someterse al tratamiento

La enfermedad que le detectaron causa a la paciente extrema preocupación y miedo, se anticipa a como va hacer con el cuidado de sus hijas y el cuidado personal durante su intervención y recuperación por el tratamiento; para ayudarla a tener una mejor perspectiva se enseña la técnica de Imaginación como estrategia de coping, la misma le ayuda a imaginar su situación de una forma mas optimista sin alejarse de la realidad. Se solicita a la usuaria imaginar paso a paso que va a pasar antes, durante y despues de su intervención médica; es muy importante que pueda visualizarse durante toda esta etapa, incluyendo a las personas que la van a ayudar con el cuidado de sus hijas y cuando se encuentre en recuperación, las cosa que ella va hacer y como las va hacer; es decir empieza a planificar de forma organizada primero mentalmente para que cuando llegue el momento sea mas facil poner en practica lo que ha imaginado; si se detecta que hay poco control de la imaginación se hace una valoración de lo que esta pasando y se trata de focalizar nuevamente los aspectos mas reales posibles y sobre todo las cosas que va a hacer la paciente.

Esta técnica permite identificar las fortalezas que tiene como perosna para solucionar problemas, revalorizar la confianza en si misma y encontrar oportunidades que no habia considerado anteriormente referente a realizarse el tratamiento que necesita, en este caso se le hace notar tanto frotalezas intrinsecas como la determinación que demuestra para sobrellevar la enfermidad, su capacidade de organizarse asi como tambien tiene la oportunidad de mejorar sus relaciones familiares al pedir ayuda para el cuidado de sus hijas y el de ella, entre otras.

Intervenciones para el tercer objetivo.

Objetivo 3: Limitar el contacto con su ex esposo

Para limitar el contacto hostil con su ex esposo y recuperar su autoestima se educa a la paciente con técnicas de entrenamiento en asertividad, que consiste en reconocer sus derechos personales y aprender a poner un alto al constante maltrato psicológico que recibe de su ex esposo; se realiza biblioterapia para analizar conjuntamente los derechos asertivos que desconoce y se compara con las ideas erróneas que se tienen acerca de esos derechos. La asertividad requiere del desarrollo de habilidades intrapersonales que implica reconocerse como ser humano con necesidades y responsabilidades y requieren de un equilibrio emocional, conductual y psicológico. Los principales derechos asertivos a trabajar son el derecho a mantener su dignidad incluso si la otra persona se siente herida siempre y cuando no viole los derechos de esa persona; el derecho a ser tratado con respeto y dignidad y decir no cuando su ex pareja le acosa con peticiones de regresar con él, o le agrede con insultos por vivir en su casa; el derecho a rechazar peticiones sin sentirse culpable o egoísta, el derecho a ser independiente, el derecho a sentirse a gusto consigo misma, el derecho a tener sus propias opiniones y expresarlas, entre otras.

Intervenciones para el cuarto objetivo.

Objetivo 4: Disminuir los niveles de estrés por el cuidado de su suegra.

Mediante la técnica de respiración profunda se enseña a la usuaria a controlar su angustia, agitación fisiológica y tensión muscular cuando tiene desacuerdos con su suegra. Actualmente la usuaria ayuda con el cuidado de su suegra que fue intervenida quirúrgicamente y su recuperación es muy delicada, por la confianza que tiene en la paciente le pidió es hacerse cargo de un negocio y del cuidado personal durante la recuperación, esta responsabilidad le ha causado un estrés adicional; para contrarrestar y disminuir su tensión y ansiedad se le enseña a

realizar respiración profunda que consta de tres pasos; el primer paso es tomar aire en un tiempo controlado es decir en 3 segundos inhala, posteriormente debe mantener la respiración durante 5 segundos y finalmente exhala en 3 segundos, este ejercicio puede se realiza durante 10 a 15 minutos. Con la practica repetitiva puede utilizar está técnica en cualquier momento.

Caso N° 5.

PLAN DE TRATAMIENTO

Definición: Presenta llanto fácil, frustración tristeza y dependencia emocional hacia su conyugue.

Se encuentra emocionalmente afectada por la infidelidad de su esposo y su ambiente familiar se ha visto afectado por las frecuentes peleas debido a este tema. Presenta sentimientos de soledad y abandono.

Metas: Superar la dependencia sentimental y Mejorar el manejo de estrategias de afrontamiento en solución de problemas y reevaluación positiva.

OBJETIVOS

1. Recuperar su autoestima
2. Disminuir las peleas constantes con su esposo
3. Decidir que acciones va a tomar con respecto a la infidelidad de su esposo

INTERVENCIONES

Desarrollar activamente el nivel de confianza con el cliente y realizar la presentación del principio básico cognitivo; mediante la terapia cognitivo conductual se establecerán técnicas para identificar pensamientos automáticos mediante una tabla de autoregistros se enseña la identificación de situaciones, pensamientos, emociones y conductas que conllevan a la paciente a reclamar constantemente la infidelidad de su esposo.

Para lograr este objetivo se entrena a la paciente con la técnica de role Playing, en base a las peleas que tiene casi a diario con su esposo, primero se asigna roles tanto al paciente como al terapeuta y se simula la solución del conflicto manejando control de emociones y usando la parte racional, el ejercicio se realiza cambiando los roles hasta que el paciente aprenda a controlar sus emociones. Se solicita a la paciente realice una lista sobre posibles conflictos que puedan presentarse posteriormente con su esposo.

La toma de decisiones implica a la paciente resolver su principal conflicto por lo que se enseña a la usuaria la técnica de solución de problemas que le ayudara a ser más objetiva en

cuanto a lo que desea para su vida, debido a la infidelidad y su idea errada sobre el matrimonio no ha considerado buscar una solución definitiva, por lo que se le guía para que analice tres alternativas de solución, cada una le representan para ella ventajas y desventajas. El hacer este estudio le lleva a la paciente varias sesiones ya que considera una decisión importante en su vida. El terapeuta hace el acompañamiento ético ante esta situación manteniendo la meta de lograr una mejor estabilidad sentimental y la recuperación de la autoestima de la paciente.

Esta técnica permite a la usuaria realizar actividades físicas que le ayuden a descargar su ira, frustración y enojo hacia su esposo y hacia ella misma, se sugiere que realice caminatas, yoga, y rumba terapia con el fin de distraer sus pensamientos en actividades que le estimulen bienestar. Se envía de tarea revisar en internet videos de yoga para principiantes, y escuchar música alegre.

4. Planificar actividades de distracción

DIAGNOSTICO

Z63.0 Problemas conyugales [V61.1]

Cuadro 5. Plan de Tratamiento Caso 5
Fuente: Investigación Bibliográfica
Elaborado por: el Investigador

DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO CASO 5.

Datos generales: Mujer de 49 años de estado civil casada, se dedica al cuidado de su hija con PCI (parálisis cerebral infantil); su principal conflicto está relacionado con problemas relativos al grupo primario de apoyo (cónyuge).

Intervenciones para el primer objetivo

Objetivo 1: Recuperar el autoestima

El nivel de confianza y empatía generado con la usuaria permite realizar la presentación del principio básico cognitivo; se explica que con la terapia cognitivo conductual se establecerán técnicas para identificar pensamientos automáticos disfuncionales que le han llevado a tener una idea errada sobre ella como persona, en primer lugar mediante una tabla de autoregistros se enseña la identificación de situaciones, pensamientos, emociones y conductas que conllevan a la paciente a reclamar constantemente la infidelidad de su esposo, se pone especial atención en las emociones que ha estado experimentado desde que se enteró de este problema y como sus pensamientos tienen el control de su inestabilidad emocional. La recuperación de la autoestima perdida toma varias sesiones, ya que se trabaja en función al análisis de cada pensamiento que invade su mente sobre el matrimonio, los hijos y la necesidad de sentirse amada por su esposo, son creencias que se han mantenido por la cultura y ambiente social en el que creció.

Las tareas se basan en realizar autorregistros que son revisados en cada terapia, en donde se enseña a reemplazar los pensamientos disfuncionales por otros más adecuados, recuperando su valía como mujer y como persona. Con estas técnicas se mejora la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva misma que no utilizaba a su favor para controlar el problema que afronta.

Intervenciones para el segundo objetivo.

Objetivo 2: Disminuir las peleas constantes con su esposo

Para lograr este objetivo se entrena a la paciente con la técnica de role Playing, la paciente describe la última pelea que tuvo con su esposo y se realiza un análisis funcional de la conducta de la paciente antes durante y después del confrontamiento, con esta descripción del comportamiento se hace entender a la usuaria el peso de sus pensamientos y la manera más asertiva que puede tomar para evitar esa rutina

Primero se asigna roles tanto al paciente como al terapeuta y se simula la situación del conflicto; el terapeuta utiliza una forma de solución centrada en las emociones es decir imita a la paciente expresando sus sentimientos mientras que la paciente imitara el comportamiento de su esposo; después de este ejercicio el terapeuta toma un rol enfocado en demostrar su dominio racional, es decir imita a la paciente manejando el problema de manera objetiva. El ejercicio se realiza esta vez con la usuaria en su propio rol.

Se solicita a la paciente realice una lista sobre posibles conflictos que puedan presentarse posteriormente con su esposo. Para entrenar esta técnica en las siguientes sesiones.

Intervenciones para el tercer objetivo.

Objetivo 3: Decidir las acciones a tomar con respecto a la infidelidad de su esposo

La toma de decisiones implica a la paciente resolver su principal conflicto, la esperanza de que su esposo cambie y rescatar su matrimonio es el principal objetivo de ella, sin embargo no ha querido considerar otras alternativas por lo que se enseña a la usuaria la técnica de solución de problemas que le ayudara a ser más

objetiva en cuanto a lo que desea para su vida, debido a la infidelidad y su idea errada sobre el matrimonio no ha considerado buscar una solución definitiva, lo ha pensado muy levemente pero no ha realizado un análisis profundo de las ventajas y desventajas que conlleva dar un final a su situación; por lo que se le guía para que analice tres alternativas de solución, la primera es considerar el perdón absoluto y jamás volver a reclamar sobre la infidelidad de su esposo, la segunda esperar que él cambie y continuar con los problemas diarios y la tercera divorciarse de él, cada una le representan para ella ventajas y desventajas. El hacer este estudio le lleva a la paciente varias sesiones ya que considera una decisión importante en su vida. El terapeuta hace el acompañamiento ético ante esta situación manteniendo la meta de lograr una mejor estabilidad sentimental y la recuperación de la autoestima de la paciente.

La recuperación de la autoestima de la usuaria cumple una función indispensable para la toma de decisiones y requiere de un trabajo conjunto para que la decisión que tome sea objetiva y mejore su calidad de vida.

Intervenciones para el cuarto objetivo.

Objetivo 4: Planificar actividades de distracción

Para contrarrestar los malos momentos de la paciente y recuperar las energías que le demanda su problema se solicita realizar actividades físicas que le ayuden a descargar su ira, frustración y enojo y a generar en ella neurotransmisores que le provoquen bienestar como la serotonina, endorfinas, dopamina y oxitocina, se sugiere que realice caminatas, yoga, y rumba terapia con el fin de distraer sus pensamientos en actividades que le estimulen estabilizar su estado de ánimo. Se envía de tarea revisar en internet videos de yoga para principiantes, y escuchar música alegre.

CAPITULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS CUESTIONARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO PARA ADULTOS CRI-A

Diagnóstico de la situación actual

Las actividades de cuidado y atención que requieren las personas con discapacidad demanda del cuidador un alto grado de compromiso, llevándolo incluso a descuidar el manejo de su sistema ambiental como son: economía, pareja, padres, amigos y con su sistema personal como autoconfianza, auto eficiencia, habilidad cognitiva, aspiraciones, crisis anteriores, experiencias de coping y rasgos de personalidad; estos factores intervienen directamente en la forma de orientación que selecciona el sujeto para solucionar el problema, las misma que pueden ser aproximarse al problema de forma activa o la evitación como una forma de afrontamiento pasivo.

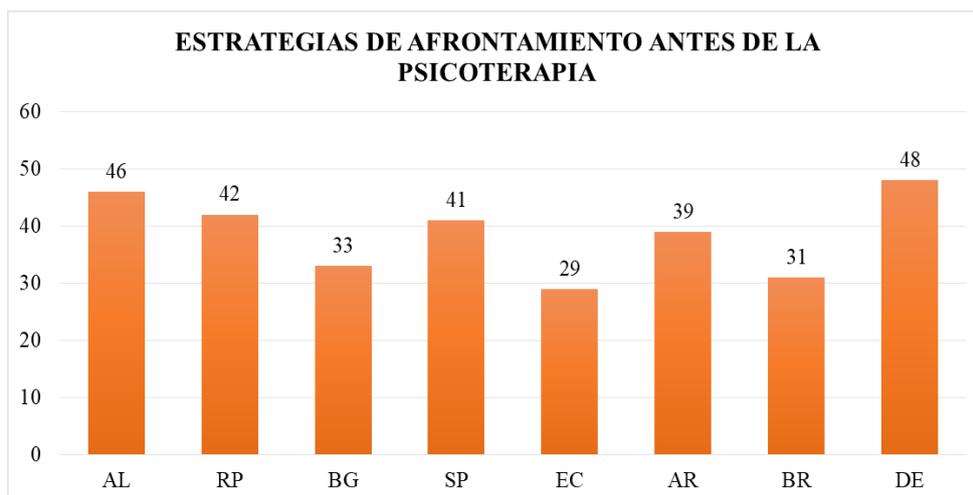


Gráfico N° 1. Estrategias de Afrontamiento antes de recibir terapia

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Investigación de campo

Análisis e Interpretación

Los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento psicométrico, antes de iniciar el proceso psicoterapéutico muestra que, las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores de personas con discapacidad ante un problema se encuentran por debajo de la media, es decir las subescalas de afrontamiento de análisis lógico se refiere a que los cuidadores realizan pocos intentos cognitivos para prepararse mentalmente para el estresor y sus consecuencias; la reevaluación positiva se refiere a que tienen bajos intentos cognitivos para reestructurar un problema de forma positiva a la vez que acepta la realidad de la situación; la búsqueda de guía y soporte se refiere a que sus intentos conductuales para buscar información, guía y soporte son bajos; la sub escala de afrontamiento de solución de problemas se refiere a pocos intentos conductuales para emprender acciones que lleven a la solución directa del problema; la evitación cognitiva demuestra pocos intentos cognitivos para evitar pensar de forma realista sobre el problema; la aceptación y resignación indica pocos intentos cognitivos para aceptar el problema, puesto que no se le ve solución; la búsqueda de recompensas alternativas indica que tiene bajos intentos conductuales para implicarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción y

finalmente la descarga emocional son los intentos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos.

Las dos primeras puntuaciones más bajas se ubican algo por debajo del promedio y las seis superiores están dentro del promedio, lo que significa que este perfil puede acarrear consecuencias de bloqueos cognitivos, conductuales y emocionales, dificultando los procesos de afrontamiento.

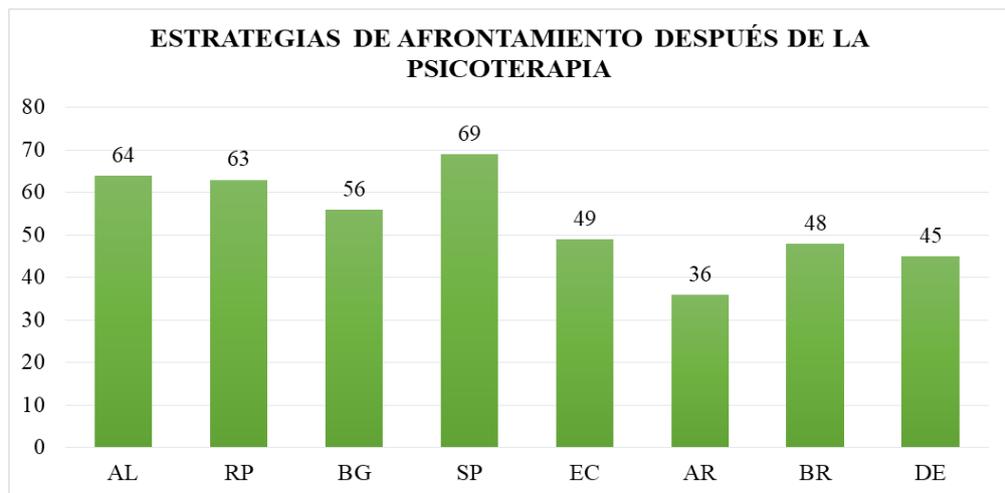


Gráfico N° 2. Estrategias de Afrontamiento después de recibir terapia

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Investigación de campo

Análisis e Interpretación

Los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento psicométrico, después de iniciar el proceso terapéutico muestra, que las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores de personas con discapacidad se incrementaron significativamente; de las ocho sub escalas que utilizan, la mitad superaron la media y la otra mitad se mantuvieron dentro del promedio, es decir que los intentos cognitivos y conductuales aumentaron notablemente en las escalas de solución de problemas, análisis lógico, reevaluación positiva y, búsqueda de guía y soporte; en el caso de las escalas de evitación cognitiva y búsqueda de recompensas alternativas los intentos cognitivos y conductuales se incrementaron

mínimamente por lo que se siguen manteniendo dentro del promedio y finalmente si bien es cierto las escalas de aceptación - resignación y descarga emocional disminuyeron su puntuación, significa que sus intentos cognitivos y conductuales bajaron debido a que estas dos escalas se utilizan como medidas de evitación del problema y no favorecen a que el conflicto se resuelva adecuadamente, es decir puntuaciones altas en estas dos sub escalas significaría que el sujeto evita la confrontación del problema tanto de forma cognitiva como conductual.

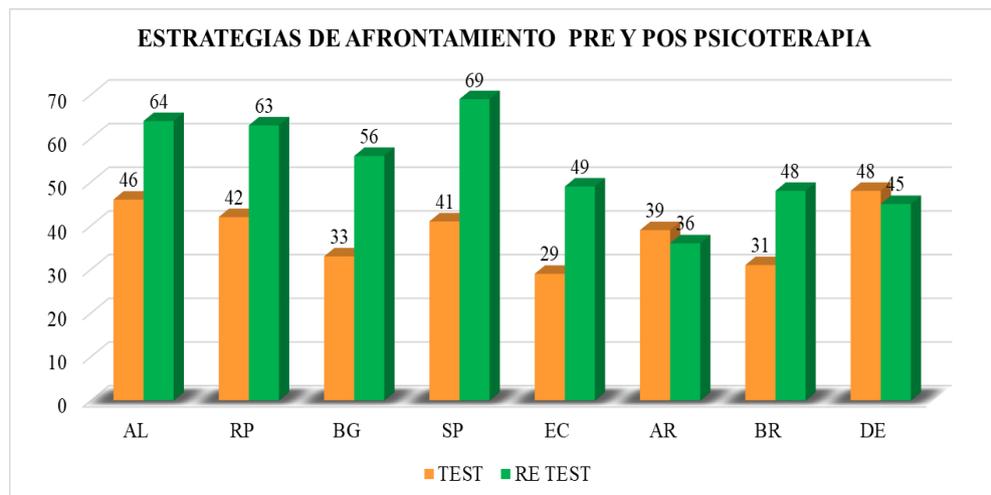


Gráfico N° 3. Estrategias de Afrontamiento Pre y Pos Terapia

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Investigación de campo

Análisis comparativo pre – pos

De acuerdo a la comparación realizada, los resultados se reflejan de la siguiente manera: las sub escalas de solución de problemas, análisis lógico, reevaluación positiva y búsqueda de guía y soporte después de la psicoterapia se incrementaron de forma muy favorable superando la media; las subescalas de evitación cognitiva y búsqueda de recompensas alternativas incrementaron significativamente a pesar de que se mantienen dentro del promedio y la sub escala de aceptación – resignación bajó debido a que los cuidadores descubrieron que pueden aceptar el problema y ya no lo ven como algo irresoluble; la descarga emocional es una estrategia necesaria en las personas sin embargo cuando esta

desencadena un proceso de agresividad es perjudicial, de esta manera después de la terapia se enseñó a los usuarios un direccionamiento de descarga emocional mejor controlada que no perjudica a otras personas ni a sí mismo, por esta razón la escala de descarga emocional disminuyó debido a que la expresión de emociones negativas se demuestra de manera más funcional. De modo global evidencia un manejo de estrategias de afrontamiento más optimista después de psicoterapia.

Comprobación de las hipótesis

Hipótesis Nula

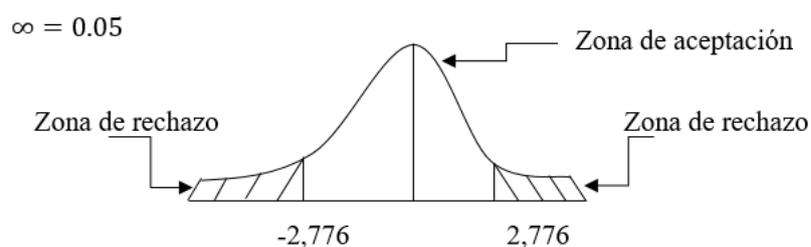
H₀.- La aplicación de técnicas de manejo de estrategias de afrontamiento mediante la intervención psicoterapéutica no influye en la disminución de la sintomatología del síndrome de Burnout.

Hipótesis Alternativa

H₁= La aplicación de técnicas de manejo de estrategias de afrontamiento mediante la intervención psicoterapéutica sí influye en la disminución de la sintomatología del síndrome de Burnout.

Nivel de significación

Para nuestro estudio se utiliza un nivel de significancia del 5% esto implica la probabilidad de cometer un error tipo I es decir rechazar la hipótesis alternativa siendo esta verdadera como la probabilidad es pequeña es muy difícil cometer este error, el estadístico utilizado es el t de student para muestras pareadas.



Determinación del Estadístico:

Con el uso del Excel se determinó los siguientes resultados:

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	<i>TEST</i>	<i>RE TEST</i>
Media	61,8	86
Varianza	199,7	122,5
Observaciones	5	5
Coefficiente de correlación de Pearson	0,201397223	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	4	
Estadístico t	-3,361111111	
P(T<=t) una cola	0,014137845	
Valor crítico de t (una cola)	2,131846786	
P(T<=t) dos colas	0,028275689	
Valor crítico de t (dos colas)	2,776445105	

Cuadro 6. Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

Fuente: Investigación Bibliográfica

Elaborado por: El Investigador

Decisión:

Como el valor de t de student que arroja el excel es de -3.361 es menor que -2.776 recae en la zona de rechazo, esto quiere decir que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterativa

Conclusión:

Con un nivel de significancia del 5 % existe evidencia para afirmar que la aplicación de técnicas de manejo de estrategias de afrontamiento mediante la intervención psicoterapéutica si influye en la disminución de la sintomatología del síndrome de Burnout.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Una vez concluido el proceso de intervención de terapia cognitiva conductual se evidencia un cambio significativo de las estrategias de afrontamiento en los cuidadores de personas con discapacidad, demostrando de esta manera la eficacia del proceso terapéutico; estos resultados se apoyan en los postulados teóricos que proponen a la psicoterapia como una forma de apoyo encaminada a que los consultantes reconozcan los comportamientos que les causan problemas. Dulmus y Wodarski (citado por Hewitt Ramírez y Gantiva Díaz, 2013).

En cuanto a la efectividad de las técnicas utilizadas existen investigaciones que garantizan el uso de métodos cognitivos conductuales mismos que los menciona Botella, Baños y Perpiña (citado por Acevedo y Romel Yañez, 2014) quienes proponen para las terapias psicológicas metodos como el entrenamiento en relajación, las técnicas de exposición, el entrenamiento en solución de problemas, las técnicas de afrontamiento, el procesamiento emocional, la reestructuración cognitiva, identificación y detención de pensamiento, entre otros. Estas técnicas fueron puestas en práctica dentro de la intervención para trabajar las estrategias de afrontamiento que necesitaban atención inmediata como por ejemplo para mejorar la escala de afrontamiento de reevaluación positiva se entrenó al cuidador con la técnica de imaginación como estrategia de coping, esta técnica propone Aarón Beck para el manejo de depresión y ayuda al paciente a imaginar que resuelve una situación que le genere conflicto imitando a alguien o a sí mismo y los resultados obtenidos favorecieron notablemente la capacidad de afrontamiento.

Cruz y Puentes, (2016) mencionan la variable de estudio en la “Relación entre las diferentes dimensiones del síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento empleadas por los guardas de seguridad de una empresa privada de

la ciudad de Tunja” (p. 268). Por ejemplo mencionan que el uso de descarga emocional puede significar un aumento de malestar físico cuando no se la puede controlar y, pueden llegar a aumentar la sintomatología del síndrome; también hacen referencia sobre las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, indicando que su uso puede actuar como un factor protector del síndrome ya que disminuye los niveles de agotamiento emocional y aumenta los niveles de realización personal. Otra estrategia estudiada fue la de reevaluación positiva que según Gantiva (citado por Cruz y Puentes, 2016) “permite que las personas puedan asumir una actitud más funcional ante las situaciones de alta demanda o exigencia y, por tanto, generar pensamientos que ayuden a resolver los problemas, asumiéndolos como retos de aprendizaje” (p. 277). Los estudios de estas aportaciones no mostraron resultados favorables a pesar de que la conceptualización figura el aporte de las estrategias de afrontamiento como algo importante ante el síndrome de Burnout, estos resultados se presentaron debido a que se trata de una población diferente y este solo se enfocó en delimitar si había influencia de las variables entre sí. A diferencia del presente caso que se propuso modificar aquellas estrategias de afrontamiento que no estaban siendo utilizadas correctamente, mediante terapia psicológica, técnicas cognitivas y un proceso de reeducación sobre el uso correcto de las estrategias de afrontamiento y los resultados se mostraron muy favorables logrando el objetivo general propuesto de disminuir la sintomatología del Burnout.

Otra investigación relacionada con las estrategias de afrontamiento la presenta Ortiz Garzón y otros, (2014) quienes estudian la “relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer” (p. 77). Afirman que se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los participantes fueron: religión, reevaluación positiva, solución de problemas y búsqueda de apoyo profesional. Concluyendo así que entre más se utilicen estos recursos psicológicos, menores serán los niveles de ansiedad y depresión que experimenten. En comparación con el caso de estudio presentado las estrategias de afrontamiento que mejor se utilizaban fueron la descarga emocional, análisis lógico, aceptación – resignación y

las que se intervinieron para mejorarlas fueron las de solución de problemas, reevaluación positiva, búsqueda de guía y soporte y búsqueda de recompensas alternativa, mismas que se asimilan al estudio de personas con cáncer, corroborando este estudio de caso en el sentido de que mientras las estrategias de afrontamiento estén correctamente utilizadas en situaciones de estrés, menores serán los síntomas de Burnout.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El estudio de caso realizado demostró un mejor manejo de estrategias de afrontamiento en los cuidadores de personas con discapacidad, debido a que la terapia se enfocó la causa del Burnout, es decir en mejorar las estrategias que se no se utilizaban de forma adecuada por los usuarios, como son la solución de problemas, reevaluación positiva, búsqueda de guía y soporte y búsqueda de recompensas alternativas. Se evidencio que después de la terapia las mismas estrategias se incrementaron dando a si a notar que la sintomatología disminuyo. Los usuarios aprendieron mejor control de emociones, reconocimiento de pensamientos disfuncionales y técnicas de relajación que facilitaban el afrontamiento de sus problemas, (Gráfico 3).

Las técnicas de manejo de estrategias de afrontamiento fueron seleccionadas acorde al problema presentado de cada usuario, esto permitió trabajar primero de forma personalizada y segundo acoplado la técnica psicológica a la estrategia que se necesitaba mejorar, de esta forma se pudo elaborar un plan terapéutico con una estructura organizada de acuerdo a síntomas, áreas y suba reas afectadas, planteando objetivos generales y específicos, describiendo las técnicas y tareas a trabajar de forma conjunta e individual.

La efectividad de la intervención se demostró con la comparación de datos estadísticos obtenidos antes y después de la terapia, comprobando la hipótesis alterna que indica que la aplicación de técnicas de manejo de estrategias afrontamiento mediante la intervención psicoterapéutica si influye en la disminución la sintomatología del síndrome de Burnout en cuidadores de personas con discapacidad, (Gráfico 1 y 2).

RECOMENDACIONES

A pesar de que los resultados demostraron un aumento significativo de manejo de estrategias de afrontamiento, es recomendable que se continúe con las terapias hasta lograr que el usuario domine la identificación de pensamientos automáticos que le causan malestar emocional, para esto se requiere de la práctica de más técnicas cognitivas y conductuales guiadas dentro de un proceso de intervención psicológica.

Finalmente para determinar una intervención más efectiva, se recomienda ampliar los campos de aplicación tanto del tipo de población como del tipo de diagnóstico ya que la terapia cognitiva conductual puede ser aplicada en diversos problemas psicológicos en especial con pacientes que requieren observar cambios inmediatos.

Bibliografía

- Acevedo, A., y Romel Yañez, C. (enero-junio de 2014). Propuesta de intervención clínica cognitivo-conductual para personas que enfrentan problemas psicosociales. *redalyc*, 9, 156-171. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139031679013.pdf>
- Alcaraz Ruiz, Y., Lastra Quiroz, A., & Tuberquia Ramirez, X. (2015). *Estrategias de Afrontamiento en Cuidadores Familiares de Personas con Dependencia de la Corporacion Coloresa*.
- Alfaro, J., Castellá Sarriera, J., Boris Valdenegro, F., & Oyarzún, D. (2014). Adaptación del Índice de Bienestar Personal para adolescentes en lengua española y portuguesa. *Universitas Psychologica*, 5. Obtenido de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/2161/6792>
- Botero, P. (2013). Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica. *Vanguardia Psicológica*, 3(2), 203.
- Carbonell, J; Carbonell, M y González Martín, N (2012) Las Familias en el siglo XXI: Una mirada desde el Derecho. Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto de investigaciones jurídicas. Serie: Estudios Jurídicos, Núm. 205. Coordinadora México. Editorial: Elvia Lucía Flores Ávalos.
- Cruz, D. M., y Puentes Suárez, A. (2016). Relación entre las diferentes dimensiones del síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento empleadas por los guardas de seguridad de una empresa privada de la ciudad de Tunja. *unisimon*, 275.
- Díaz Bambula, F., & Gómez, I. (enero - abril de 2016). La Investigación sobre el Síndrome de Burnout entre 2000 y 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 117.
- Diaz Simón, N., Soto Hernández, H., & Ortega Castillo, G. (2016). Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia.Su especificidad en el mundo infantil. *Wimblu*, 19-39.
- Dominguez, J. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *SEMERGEN*, 16-23.

- Dra. Sinche Silva, R. (Marzo de 2012). Factores de Riesgos Psicosociales. (IESS, Ed.) *Revista Técnica Informativa del Seguro General de Riesgos del Trabajo / Ecuador*(4), 10.
- Flores G, E., Rivas R, E., & Seguel P, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 30.
- García, F. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 101-111.
- González Ramírez, M., & Juárez Carrillo, L. (septiembre de 2016). ANÁLISIS FUNCIONAL EN TERAPIA BREVE COGNITIVO-CONDUCTUAL CENTRADA EN SOLUCIONES. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(3), 1027-1047.
- Hewitt Ramírez, N., & Gantiva Díaz, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Rredalyc.org*, 165-176.
- Macías, A. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *PSICOLOGIA DEL CARIBE*.
- MIES. (2016). Marco General de las Discapacidades. *Lineamientos estratégicos de la política para personas con discapacidad*, 12-17. Quito.
- Montoya Zuluaga, P. A., & Moreno Moreno, S. . (2012). Relación entre le Síndrome de Burnout, Estrategias de Afrontamiento y Engagement. *psicología desde el caribe*, 204-227.
- Moos, R. (2012). *Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos*. TEA Ediciones.
- Oliva Gómez, E., & Villa Guardiola, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 11-20.
- Olivares Rodríguez, J., Maciá Antón, D., Rosa Alcázar, A. I., & Olivares Olivares, P. (2014). *Intervención Psicológica, Estrategias, técnicas y tratamiento*. Madrid: Edicioneds Piramide.
- Puerta Polo, J. V., & Padilla Díaz, D. E. (2012). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresion: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 252.

- Ramírez Triviño, J., & Rodríguez Alcalá, J. C. (2012). El proceso en Psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 610-635.
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., Villalobos, A., & González, M. P. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Steinfath, H. (2014). Emociones, Valores y Moral. *Universitas Philosophica*, 71-96.

Linkografía

- Asamblea Nacional República del Ecuador. (septiembre de 2012). Ley Orgánica de Discapacidades. Obtenido de Consejo de Discapacidades: http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf
- Corrientespsi. (07 de 06 de 2014). *Psicología cognitiva*. recuperado de blogdiario.com: <http://corrientespsi.blogspot.es/categoria/corrientes-psicologicas>
- Espert, Raul. (07 de 06 de 2014). *Psicología cognitiva*. Obtenido de blogdiario.com: <http://corrientespsi.blogspot.es/categoria/corrientes-psicologicas>
- LIC.REYES B. , I. (s.f.). *geocities*. recuperado de http://www.geocities.ws/mi_portal_de_enfermeria/pagina18.html
- Marques Rodríguez, M. E. (2017). Centro de Psicología Aaron Beck. Obtenido de <http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/aaron-t-beck.html>
- MIES. (2014). *Norma Técnica de Discapacidades* . Obtenido de Servicios para personas con discapacidad: recuperado de <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/Norma-Tecnica-discapacidades-24-02-14.pdf>
- OMS. (Abril de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 18 de Mayo de 2017, de OMS: recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

ANEXOS

Formato de Consentimiento Informado

Latacunga,...../...../.....

Señores

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA

Presente.-

De mi consideración:

Yo,, cuidador (a) de una persona con discapacidad severa, beneficiaria del Bono Joaquín Gallegos Lara del MIES Latacunga, autorizo a la señorita Carla Johana Rodríguez Armas, estudiante de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Carrera de Psicología, a realizar con mi persona un proceso de psicoterapia para identificar el Manejo de Estrategias de Afrontamiento; para esto se me ha explicado de forma clara los objetivos que se desean lograr, el procedimiento y tiempo a emplearse por lo cual estoy dispuesto (a) voluntariamente a participar y colaborar en los solicitado.

Atentamente,

.....

CC:

Formato de Historia Clínica

1. DATOS PERSONALES

Nombres:

Edad:

Sexo:

Años de escolaridad:

Trabajo Actual:

Fecha de Evaluación:

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

4. REACTIVOS PSICOLÓGICOS

A continuación se expone la metodología técnica utilizada para toma de información:

- Entrevista
- Aplicación de Test CRIA
- Psicoterapia breve cognitivo conductual de 6 a 8 sesiones
- Re Test

5. ENTREVISTA

Anamnesis familiar y personal

6. RESULTADOS DEL TEST CRI-A

7. RECOMENDACIONES

Formato de Informe de Resultados del Test CRI-A

- a) Problema Descrito:
- b) Valoración del Problema
- c) Estrategias de Afrontamiento utilizadas

CONCLUSIONES



OFIC 0294/ FCHS/2017
Ambato, 06 de julio del 2017

Psc.
Diego Fernando Aguilera
TÉCNICO DEL BONO JOAQUÍN GALLEGOS LARA DEL MIES LATACUNGA
Presente.-

De mi consideración:

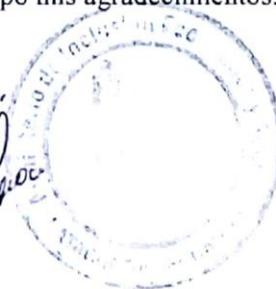
Permítame ser la portadora de un saludo cordial y afectuoso, en representación de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica, y a la vez conocedora de su alto espíritu de colaboración, me permito solicitarle se sirva autorizar la aplicación de los instrumentos para recolección de información del proyecto de investigación **“MANEJO DE ESTRATEGÍA DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PRESENTEN SÍNDROME DE BURNOUT, BENEFICIARIOS DEL BONO JOAQUÍN GALLEGOS LARA DEL MIES DE LA CIUDAD DE LATACUNGA”**, autorizado para su ejecución por la señorita **Rodríguez Armas Carla Johana**, los datos recabados se manejarán con total confidencialidad. El informe de resultados y su interpretación se entregará a usted con la intención de que la información sea beneficiosa para su institución.

Por la atención que se sirva dar a la presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

Dra. Norma Escobar
COORDINADORA FCHS

Recibido
07/07/2017
16:39
Joaquín Gallegos Lara





FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: Manejo de Estrategias de Afrontamiento en familiares cuidadores de personas con discapacidad severa con Síndrome de Burnout, beneficiarios del Banco Joaquín Gallegos Lora IIES IICA

INSTRUMENTO A VALIDAR: CEI-A Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la sintomatología del síndrome de burnout, mediante la intervención psicológica basada en el manejo de Estrategias de Afrontamiento

- OBJETIVOS ESPECIFICOS
- 1 Aplicar técnicas de manejo de estrategias de afrontamiento
 - 2 Determinar la efectividad de la intervención psicológica con estrategias de Afrontamiento.
 - 3

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION METODOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento SI NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Verónica Hidalgo V.

PROFESION: Psicóloga Educación, Neuropsicología Infantil

OCCUPACION: Docente

FIRMA DEL EVALUADOR:

FECHA: 16/05/17



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: Manejo de Estrategias de Afrontamiento en familiares cuidadores de personas con discapacidad severa con Síndrome de Down, beneficiarios del Puro Tormenta Colegio Santo MIES Ilgo.
 INSTRUMENTO A VALIDAR: CPI-A - Linterna de Respuestas de Afrontamiento para Adultos

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la sintomatología del síndrome de burnout, mediante la intervención psicológica basada en el manejo de Estrategias de Afrontamiento

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 Aplicar técnicas de manejo de estrategias de afrontamiento
- 2 Determinar la efectividad de la intervención psicológica con estrategias de Afrontamiento
- 3

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION METODOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento

SI NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: CERÓNICA OLALLO
 PROFESION: PSICÓLOGA
 OCUPACION: DOCENTE

FIRMA DEL EVALUADOR:

FECHA: Ambato, 16-09-2017



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: Manejo de Estrategias de Afrontamiento en familiares cuidadores de personas con discapacidad severa con Síndrome de Burnout.

INSTRUMENTO A VALIDAR: CEI-A Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la Sintomatología del Síndrome de Burnout mediante la intervención psicológica basada en el manejo de Estrategias de Afrontamiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 Aplicar técnicas de manejo de estrategias de afrontamiento
- 2 Determinar la efectividad de la intervención psicológica con Estrategias de Afrontamiento
- 3

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION METODOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

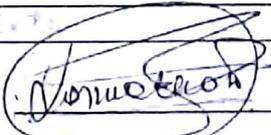
El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento SI NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE Norma Recobon

PROFESION Ps. Clínica

OCUPACION Docente

FIRMA DEL EVALUADOR 

FECHA: Ambato, 28 de Septiembre de 2017

INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO

Parte 1

Por favor, piense en el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos 12 meses. Brevemente, describa este problema en el siguiente espacio:

- Puntúe del 1 al 10 (1 = casi nada, 10 = muchísimo) la intensidad de estrés que le ha generado
- Puntúe del 1 al 10 (1 = casi nada, 10 = muchísimo) el grado en que creía controlar este problema

A continuación responda a las siguientes 10 preguntas y rodee su contestación en el espacio indicado.

	SN	GN	GS	SS	
	SEGURO QUE NO	GENERALMENTE NO	GENERALMENTE SÍ	SEGURO QUE SÍ	
1	¿Había tenido que resolver antes un problema como éste?	SN	GN	GS	SS
2	¿Sabía que este problema le iba a ocurrir a usted?	SN	GN	GS	SS
3	¿Tuvo suficiente tiempo de preparación para afrontar este problema?	SN	GN	GS	SS
4	Cuando ocurrió este problema, ¿pensó en él como una amenaza?	SN	GN	GS	SS
5	Cuando ocurrió este problema, ¿pensó en él como un reto?	SN	GN	GS	SS
6	Este problema, ¿fue causado por algo que hizo usted?	SN	GN	GS	SS
7	Este problema, ¿fue causado por algo que hizo otra persona?	SN	GN	GS	SS
8	¿Sacó algo bueno de enfrentarse a este problema?	SN	GN	GS	SS
9	¿Se ha resuelto ya este problema o situación?	SN	GN	GS	SS
10	Si el problema ya se ha solucionado, ¿le va ya todo bien?	SN	GN	GS	SS

Parte 2

Lea atentamente cada una de las 48 preguntas que aparecen a continuación y señale con qué frecuencia actúa de la manera que la pregunta indica para afrontar el problema que ha descrito en la PARTE 1. Anote sus contestaciones en el espacio reservado para ello en la página siguiente. Observe que las respuestas están ordenadas en filas. Si no desea contestar una pregunta, redondee

el número de dicha pregunta para indicar que ha decidido omitirla. Si alguna pregunta no se aplica a su caso escriba NA (No aplicable) a la derecha del número de la pregunta. Si quiere corregir alguna de sus respuestas, tache bien la primera y redondee la nueva respuesta.

1. ¿Pensó en diferentes maneras de resolver el problema?
2. ¿Se decía a sí mismo algo para sentirse mejor?
3. ¿Habló con su cónyuge u otro familiar acerca del problema?
4. ¿Decidió una forma de resolver el problema y la aplicó?
5. ¿Intentó olvidarlo todo?
6. ¿Pensó que el tiempo lo resolvería y que la única cosa que tenía que hacer era esperar?
7. ¿Intentó ayudar a otros a resolver un problema similar?
8. ¿Descargó su enfado sobre otras personas cuando se sentía triste o enfadado?

9. ¿Intentó distanciarse del problema y ser más objetivo?
10. ¿Se recordó a sí mismo que las cosas podían ser mucho peores?
11. ¿Habló con algún amigo sobre el problema?
12. ¿Sabía lo que tenía que hacer y se esforzó para que las cosas funcionaran?
13. ¿Intentó no pensar en el problema?
14. ¿Se dio cuenta de que no controlaba el problema?
15. ¿Empezó a hacer nuevas actividades?
16. ¿Se aventuró e hizo algo arriesgado?

17. ¿Le dio vueltas en su cabeza sobre lo que tenía que hacer o decir?
18. ¿Intentó ver el lado positivo de la situación?
19. ¿Habló con algún profesional (por ejemplo, doctor, abogado, sacerdote...)?
20. ¿Decidió lo que quería y se esforzó en conseguirlo?
21. ¿Fantaseó o imaginó mejores tiempos y situaciones que los que estaba viviendo?
22. ¿Creyó que el resultado sería decidido por el destino?
23. ¿Intentó hacer nuevos amigos?
24. En general, ¿se mantuvo apartado de la gente?
25. ¿Intentó prever cómo podrían cambiar las cosas?
26. ¿Pensó que estaba mejor que otras personas con el mismo problema que el suyo?
27. ¿Buscó la ayuda de otras personas o grupos con el mismo tipo de problema?
28. ¿Intentó resolver el problema al menos de dos formas diferentes?
29. ¿Intentó no pensar en su situación, aún sabiendo que tendría que hacerlo en otro momento?
30. ¿Aceptó el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?
31. ¿Leyó con más frecuencia como forma de distracción?
32. ¿Gritó o chilló para desahogarse?

33. ¿Trató de dar algún sentido personal a la situación?
34. ¿Intentó decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?
35. ¿Procuró informarse más sobre la situación?
36. ¿Intentó aprender a hacer más cosas por su cuenta?
37. ¿Deseó que el problema desapareciera o deseó acabar con él de algún modo?
38. ¿Esperó que se resolviera de la peor manera posible?
39. ¿Empleó mucho tiempo en actividades de recreo?
40. ¿Lloró para manifestar sus sentimientos?
41. ¿Intentó anticipar las nuevas demandas que le podían pedir?
42. ¿Pensó en cómo esta situación podía cambiar su vida a mejor?
43. ¿Rezó para guiarse o fortalecerse?
44. ¿Se tomó las cosas día a día, paso a paso?
45. ¿Intentó negar que el problema era realmente muy serio?
46. ¿Perdió la esperanza de que las cosas volvieran a ser como antes?
47. ¿Volvió al trabajo, o a otras actividades, para enfrentarse al problema?
48. ¿Alguna vez hizo algo que pensó que no funcionaría, pero al menos usted estaba haciendo algo?

N		U		B		S	
NO, NUNCA		UNA O DOS VECES		BASTANTES VECES		SÍ, CASI SIEMPRE	
1	2	3	4	5	6	7	8
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
9	10	11	12	13	14	15	16
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
17	18	19	20	21	22	23	24
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
25	26	27	28	29	30	31	32
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
33	34	35	36	37	38	39	40
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
41	42	43	44	45	46	47	48
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S



Autor: R. H. Moos. Copyright original © 1993 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc, USA.
 Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España.
 Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24 · 28036 Madrid, España · Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS.
 Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE.
 Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

PERFIL VARONES									
Percentil	Puntuaciones directas								T
	AL	RP	BG	SP	EC	AR	BR	DE	
>99								18	>80
>99			18		18	18	18		80
>99			17		17	17	17		79
>99						16		16	78
>99			16		16		16		77
>99								15	76
>99							15	14	75
99	18	18	15	18	15	15	14	13	73
98	17	17	14		14	14	13	11-12	70
95	16	16	13		13	13	12	10	66
90	15	15	12	17	12	12	11	9	63
85				16	11	11			61
84	14	14					10	8	60
80			11	15		10			58
75	13	13	10	14	10		9	7	57
70		12				9	8		55
65	12		9	13	9			6	54
60		11				8	7		53
55	11			12	8			5	51
50	10	10	8		7	7	6		50
45				11				4	49
40		9	7			6	5		47
35				10	6				46
30	9	8	6		5	5	4	3	45
25		7		9		4			43
20	8		5	8	4		3	2	42
16	7	6							40
15		5	4	7	3	3	2	1	39
10	6	4	3	6	2	2	1	0	37
7	5								35
5	4	3	2	5	1	1			34
3	3	2		4					31
2	2	1	1	3					29
1	0-1	0	0	0-2	0	0	0		27

PERFIL MUJERES										
Percentil	Puntuaciones directas								T	
	AL	RP	BG	SP	EC	AR	BR	DE		
>99						18		18	18	>80
>99								18		80
>99						17		17		79
>99								16	16-17	78
>99			18					16		77
>99										76
>99										75
99	18	18	17	18	16	15	15	15		73
98	17	17	16		15	14	14	14		70
95	16	16	15	17	14	13	13	13		66
90	15	15	14	16	13	12	12	12		63
85			13		12	11	11	11		61
84	14	14								60
80			12	15			10	10		58
75		13			11	10				57
70	13	12	11	14	10		9	9		55
65							9	8		54
60	12	11	10	13				8		53
55					9	8				51
50	11	10	9	12	8	7	7	7		50
45										49
40		8	11	7			6	6		47
35	10	9					6			46
30	9	7	10	6	5	5	5	5		45
25		8		9						43
20	8	7	6		5	4	4	4		42
16	7									40
15		6	5	7	4					39
10	6	5	4	6			3	3	3	37
7	5			5						35
5	4	4	3	4	3	2	2			34
3	3	3	3	3		1	1	1		31
2	2	2	2	2	2					29
1	0-1	0-1	0-1	0-2	0-1	0	0	0		27

- **SUME** en cada columna los números rodeados por un círculo y anote el total en la casilla PD que está debajo de cada columna. Si el sujeto ha respondido a menos de 6 preguntas debe hacerse un prorrateo, siguiendo las instrucciones que aparecen en el manual.
- **SELECCIONE** el baremo a emplear (varones o mujeres) y marque en el perfil con un redondel las puntuaciones obtenidas en cada escala. En los extremos de la fila donde haya marcado la puntuación directa encontrará el percentil y la puntuación T correspondiente.
- **DIBUJE** el perfil de las escalas del CRI-A.

	AL	RP	BG	SP	EC	AR	BR	DE
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
PD								
Percentil								
T								

AL: Análisis lógico; RP: Reevaluación positiva; BG: Búsqueda de guía y soporte; SP: Solución de problemas; EC: Evitación cognitiva; AR: Aceptación o resignación; BR: Búsqueda de recompensas alternativas; DE: Descarga emocional.

FOTOGRAFIAS



Imagen 1. Intervención Sujeto 1



Imagen 2. Intervención Sujeto 3



Imagen 3. Intervención Sujeto 4