



UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo de Titulación:

Previo a la obtención del título de Psicólogo.

Mención: Psicología Clínica

TEMA:

“Alteraciones del estado de ánimo en el cuidador principal de pacientes con diabetes. Estudio en el Hospital Rodríguez Zambrano, Manta 2014.”

PROPUESTA:

“Programas de intervención psicológica dirigida a los cuidadores principales de pacientes que acuden al club de diabéticos en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano”

AUTORA:

Tatiana Estefanía Delgado Zambrano

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACION:

Psi. Clin. Inés Vera Molina. Mgs.

MANTA 2014

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR

De acuerdo a las disposiciones legales correspondientes por la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; Yo, Psicóloga Clínica Inés Vera Molina, Catedrática de la Facultad de Psicología, Certifico haber dirigido y asesorado el presente trabajo de investigación de la Srta. Tatiana Estefanía Delgado Zambrano con el tema: “Alteraciones del estado de ánimo en el cuidador principal de pacientes con diabetes. Estudio en el Hospital Rodríguez Zambrano, Manta 2014.”

El presente informe de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador.

AUTORIZO LA PRESENTACION DEL INFORME INVESTIGATIVO PARA LA DEFENSA PRIVADA Y LA APROBACION RESPECTIVA.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICADO DE AUTORÍA

Los derechos desarrollados, análisis realizados y las conclusiones del presente informe de investigación, son exclusiva responsabilidad de la autora.

Manta, julio 2014

(f)-----

TATIANA ESTEFANIA DELGADO ZAMBRANO

C.I 1313195735

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISION Y EVALUACION

TEMA:

“ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO EN EL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES CON DIABETES. ESTUDIO EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO, MANTA 2014.”

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título:

PSICÓLOGA CLÍNICA

APROBADO POR:

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia en especial a mi hijo William Joel que es el motor de mi vida para seguir luchando y que con su sonrisa me ha enseñado que todo está desde el punto de vista de ver las cosas y que no hay adversidades en la vida que impidan mis sueños.

Dedicado a mis padres quienes han sido el pilar fundamental en mi vida.

Dedicado a mi hermano Cesar Augusto que desde el cielo me ha iluminado y ha guiado mis pasos...

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme el don de la Vida, quien me ha permitido llegar y ser lo que soy.

Agradezco a la Dra. Ana Lucia Matute por darme la apertura en el área de salud mental en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano y por guiarme en lo correcto...

Agradezco a los cuidadores principales de quienes conforman el Club de diabéticos en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, ya que han sido la fuente de inspiración para realizar mi investigación.

Agradezco a mi Tutora de Tesis Psicóloga Clínica Inés Vera Molina Mg. por su tiempo, dedicación y por transmitirme su conocimiento y poder realizar mi tesis.

Agradezco a mi compañero de vida Williams ya que ha sido mi apoyo incondicional.

Agradezco a mis amigas de siempre... Leonor y Melania...

A mi amiga María Inés y a su madre; gracias por acompañarme en todo momento.

Agradezco a todas las personas que de una u otra forma han sido parte de esta maravillosa experiencia y quienes sin duda nunca fallaron.

INDICE

CONTENIDO

PORTADA	I
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR	II
CERTIFICADO DE AUTORÍA	III
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISION Y EVALUACION	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	4
EL PROBLEMA	4
1.- TEMA	4
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2.1.- CONTEXTUALIZACIÓN	5
1.2.2.- PREGUNTAS DIRECTRICES	6
1.2.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.2.4.- DELIMITACIÓN	7
1.2.4.1.- DELIMITACIÓN DE CONTENIDOS	7
1.2.4.2. DELIMITACIÓN ESPACIAL	7
1.2.4.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL	7
1.3.- OBJETIVOS	8
1.3.1.-OBJETIVO GENERAL	8
1.3.2. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.4.-JUSTIFICACION	8
CAPITULO II	10
2.-MARCO TEORICO	10
2.3.-FUNDAMENTACION TEORICA	10
CUIDADOR PRINCIPAL	11

TIPOS DE CUIDADORES/AS.....	12
PROBLEMAS QUE PRODUCE EL CUIDADO CRONICO.....	13
SÍNDROME DE DEGASTE DEL CUIDADOR PRIMARIO	14
IMPLICACIONES FISICAS.....	15
IMPLICACIONES EMOCIONALES	15
ESTADO DE ÁNIMO	17
EUTIMIA.....	18
HIPERTIMIA	18
HIPOTIMIA	18
DEFINICIÓN DE LOS ESTADO DE ANIMO SEGÚN LA ESCALA DE EVEA	20
DEPRESIÓN.....	20
ANSIEDAD	21
IRA - HOSTILIDAD.....	22
ALEGRIA	23
DIABETES	24
IMPACTO DE LA DIABETES EN EL CUIDADOR PRINCIPAL	25
AFRONTAMIENTO	26
2.4.-FUNDAMENTACION LEGAL.....	28
2.5.-HIPOTESIS	32
2.6.-SEÑALAMIENTO DE VARIABLES	33
2.6.1.-VARIABLE DEPENDIENTE:.....	33
2.6.2.-VARIABLE INDEPENDIENTE:	33
CAPITULO III.....	34
3.-METODOLOGIA	34
3.1.-TIPO O NIVEL DE INVESTIGACION:	34
3.1.1.-METODO: DEDUCTIVO	35
3.1.2.-TECNICAS.....	35
3.2.1.-POBLACION: 22	36
3.2.2.-MUESTRA: 10.....	36
3.2.3.-TAMAÑO DE LA MUESTRA: 10	36
3.3 OPERACIÓN DE LAS VARIABLES.....	36
3.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	37
3.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE	37

3.3.3.-RECURSOS.....	39
3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS	39
3.5.-RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	44
3.6.-PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	44
CAPÍTULO IV.....	45
4.2. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADO	49
4.1.2 ENTREVISTA.....	63
CAPITULO V.....	64
5.1 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	64
5.2 LOGROS DE OBJETIVOS	64
CAPITULO VI.....	66
6.1 CONCLUSIONES.....	66
6.2 RECOMENDACIONES	67
CAPITULO VII.....	68
7. PROPUESTA	68
7.1 DATOS INFORMATIVOS	68
7.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	69
7.3 OBJETIVOS	70
7.4 JUSTIFICACIÓN	70
7.5 FUNDAMENTACIÓN.....	71
7.6 METODOLOGIA PLAN DE ACCIÓN	74
7.7 ADMINISTRACIÓN.....	78
7.8 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN	79
BIBLIOGRAFÍA.....	80
ANEXOS.....	81

INTRODUCCIÓN

El acto de cuidar implica muchas y variadas ocupaciones de prestación de ayuda ya que muchas de las actividades relacionada con el cuidado requiere el desarrollo de determinadas habilidades que poco a poco han ido adquiriendo las personas cuidadoras.

Se le llama cuidador principal a aquella persona que presenta un vínculo afectivo hacia el enfermo que es una persona dependiente; y que cubre sus necesidades inmediatas sin remuneración económica.

Se sabe que el cuidador principal de un enfermo es un familiar que cuida con dedicación y afecto tratando de responder ante las tareas, resistencias y esfuerzo que supone el cuidado y que en ocasiones olvida de su salud física y emocional ya que el rol del cuidador está asociado a importantes niveles de sobrecarga física alterando su estado anímico y perdiendo la sensación de control sobre su ánimo y estos pueden experimentar malestar general en la relación de cuidado viéndose afectado los hábitos de la vida cotidiana.

Es importante que los cuidadores hagan conciencia de cuidar de sí mismo y aprender cómo hacerlo ya que esto va a permitir tener buenas condiciones en la calidad de vida del cuidador y del paciente.

Con esta investigación se busca generar una mayor conciencia sobre la existencia de los cuidadores principales a cargo de pacientes con enfermedades crónicas para poder atender de manera eficiente dicha población para así evitar algunas implicaciones que el cuidador de un enfermo crónico conlleva. Es por eso que este estudio propone la intervención psicológica dirigida a los cuidadores principales.

El presente trabajo está estructurado por capítulos.

En el primer capítulo se encuentra la problemática a nivel mundial.

El capítulo II se fundamenta los antecedentes investigativos acerca de la problemática, fundamentación teóricas de la alteraciones del estado de ánimo del cuidador principal y sus implicaciones, y en el marco legal está basado por la Constitución de la República del Ecuador art 25 “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar.”

El capítulo METODOLÓGICO contiene el universo que son los cuidadores principales , la población es de 22 miembros del Club de diabéticos y la muestra es no probabilística ya que se ha escogido 10 participante por constancia de asistencia en el Club de diabéticos , con tipo de investigación descriptiva porque se van a describir las características y los perfiles se los fenómenos y eventos relacionado a las Alteraciones del estado de ánimo del cuidador y es de carácter cuanti-cualitativo, porque se han adquirido los conocimientos a través de conceptos que se ha podido analizar mediante datos estadísticos.

El capítulo IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS que nos permite conocer acerca de la problemática estudiada a través de instrumentos psicológicos como son la escala de valoración del estados de ánimo y la escala de Zarit que mide el nivel de sobrecarga de los cuidadores.

El capítulo V: COMPROBACION DE HIPÒTESIS “El cuidador principal presenta alteraciones de estado de ánimo debido a la convivencia con el

paciente diagnosticado con diabetes” permitirá saber si la hipótesis propuesta es verdadera o falsa.

Capítulo VI titulado. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES acerca del tema estudiado.

El capítulo VII denominado: LA PROPUESTA de solución estudiada que tiene como título: Implementar Estrategias de intervención psicológicas dirigidas a los cuidadores principales de pacientes que acuden al club de diabéticos del hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

Se concluye con una biografía y anexos en los que se han incluido el instrumento que se aplicó en la investigación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.- TEMA

Alteraciones del estado de ánimo en el cuidador principal de pacientes con diabetes. Estudio en el Hospital Rodríguez Zambrano, Manta 2014.

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El impacto psicológico de una enfermedad crónica terminal - parte desde el mismo momento en que el paciente recibe el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad desde el discurso médico. La enfermedad no afecta solo a quien la tiene sino a su círculo más cercano como es la familia principalmente al cuidador principal quien sería el miembro de la familia más cercano, un amigo o alguien significativo para el enfermo del cual dependerá del sostenimiento de la persona enferma.

Los problemas que afrontan los cuidadores de enfermos crónicos son las alteraciones de estados de ánimo debido a la convivencia, los cuidados con la administración de la medicación y a la comunicación, ya que de esto depende su posición de **afrontamiento** junto con el enfermo.

Se entiende como afrontamiento “a los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. (Lazarus y Forman 1984 pg. 164)

Todo lo expuesto ha llevado a introducir el término de Carga (tom, descrito por Freudenberguer en 1974, que indica: “*agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado, también está relacionado con la salud física.*”

Por lo tanto “la sobrecarga del cuidador se define como el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas con algún tipo de enfermedad y como estos problemas afectan sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional, este síndrome constituye una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, su estado de ánimo”. (Gonzales F, Ana G, Diego P, Josefina P, 2004) (Párr. #4)

1.2.1.- CONTEXTUALIZACIÓN.

El papel de los cuidadores primarios de familiares con dependencia está muy bien reconocido, pero el impacto en la salud física, mental y social es muy poco comprendido y muchas veces ignorado.

En 1999 la OMS definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo ya sea d manera directa o indirecta.”

En Europa occidental, la familia es el principal sistema de bienestar, es la fuente fundamental de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentren en situación de fragilidad.

Países europeos como España se han preocupado en todos los aspectos del cuidado del cuidador principal, y sus implicaciones físicas y emocionales aplicando estrategias de intervención psicológicas para el debido afrontamiento de las enfermedades tanto en el paciente como el cuidador siendo estos últimos la base que va servir de sostenimiento para el debido tratamiento de su familiar paciente.

Estudios realizados en España en los últimos veinte años permiten afirmar hoy que los cuidadores primarios se ven expuestos a una situación estresante que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas emocionales, especialmente ansiedad y depresión. También se han documentado los disturbios relacionados con el sueño e índices elevados de sobrecarga tanto en el cuidador y como el paciente. (McCurry, Vitiello, Gibbons y Logsdon, 2006).

Las consecuencias del papel del cuidador se han centrado en la “sobrecarga” o burdem, que describe las consecuencias negativas del cuidado sobre el familiar. Dentro las consecuencias negativa que influyen en el cuidador primario constan las del estado físico y emocional con sus alteraciones en el estado de ánimo que es donde se enfoca la presente investigación.

1.2.2.- PREGUNTAS DIRECTRICES.

¿Cuáles son las alteraciones de ánimo más frecuente en el cuidador principal?

¿Cuáles son las causas más significativas para que se produzca alteraciones en el estado de ánimo de los cuidadores?

¿Qué ámbitos están afectados?

¿Cuál es el proceso de adaptación del cuidador principal de pacientes con diabetes?

¿Cómo potenciar la adaptación a las circunstancias adversas en el cuidador principal y paciente?

1.2.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué estados de ánimo se presentan en el cuidador principal en pacientes con diabetes?

1.2.4.- DELIMITACIÓN.

1.2.4.1.- Delimitación de contenidos.

CAMPO: Hospital Rafael Rodríguez Zambrano

ÁREA: Clínica

ASPECTO: Psicológico

1.2.4.2. Delimitación espacial

La investigación se realizará a los cuidadores de pacientes con diabetes que acuden al Club de Diabéticos en el Hospital Rodríguez Zambrano en la ciudad de Manta, Provincia de Manabí.

1.2.4.3 Delimitación temporal

Este problema será investigado en el periodo comprendido en el año 2014.

1.3.- OBJETIVOS.

1.3.1.-OBJETIVO GENERAL.

Caracterizar las alteraciones del estado de ánimo del cuidador principal de pacientes diagnosticados con diabetes.

1.3.2. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Definir los estados de ánimos del cuidador principal y sus complicaciones.
- Identificar posiciones de afrontamiento frente a la enfermedad.
- Diseñar estrategias de intervención psicológica dirigida a los cuidadores principales de pacientes diabéticos.

1.4.-JUSTIFICACION

La presente investigación tiene como objeto describir las alteraciones del estado de ánimo en el cuidador principal de pacientes con diabetes (enfermedad crónica) ya que son muy pocas las investigaciones que se han centrado en el cuidador principal que es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo y al vez experimenta cambios en su vida a nivel personal, familiar, laboral, social, hasta repercusiones negativas en su salud física y psicológica.

Tras el diagnóstico de una enfermedad crónica terminal, suele modificarse significativamente la dinámica familiar, pues gran parte de la atención y la energía se dirige hacia el cuidado del enfermo. Conforme con las costumbres

es común observar que sea alguien de la familia quien se convierta en el soporte principal de la persona enferma es decir, su cuidador principal.

Se ha observado con el tiempo mayor incidencia de enfermedades crónicas, que genera sufrimiento, deterioro progresivo, dolor y cambios profundos en el bienestar general de la persona y de quienes se encuentra a su alrededor ocasionándole alteraciones psicológica que tienen que ser atendidas para potenciar una mejor posición de afrontamiento

Es por eso que el presente trabajo investigativo es factible ya que los pacientes diabéticos acuden con su familiar paciente a recibir charlas informativa sobre la enfermedad y presentan la demanda psicológica sobre los efectos que conlleva a convivir con una enfermedad crónica. Y los beneficiarios serán sobre todo los cuidadores principales.

Con esta investigación se va recabar la importancia de la salud mental del cuidador principal ya que este va proporcionar sostenimiento al paciente en sus momentos críticos de la enfermedad y tratamiento y a la vez desenvolverse mejor en todos sus aspectos.

CAPITULO II

2.-MARCO TEORICO

2.3.-FUNDAMENTACION TEORICA

MARCO TEORICO

El brindar cuidados es una acción espontánea y natural de los seres humanos, porque es el único ser que requiere de cuidados para prolongar su existencia. Por eso el brindar cuidado, protección, sustento, etc., es un acto que resulta natural en la sociedad y en todas las culturas.

(Fernandez, Cordon y Tobio. 2007) relaciona el acto de cuidar como:

...cuidar también está relacionado con el poder, por el hecho de que cuidar puede ser, más que una responsabilidad voluntariamente asumida, una obligación determinada por el entorno familiar y aun por las leyes. Generalmente, se cuida a quien no puede valerse por sí mismo o porque sufre una incapacidad para desenvolverse. Pág. 192

Cuidar es una atención integral a la persona en todos sus aspectos, dirigida a la salud física y emocional, mantener una buena calidad de vida. Es ayudar en la satisfacción de la persona dependiente en todas sus necesidades básicas.

CUIDADOR PRINCIPAL

Cuidador informal principal se define como “aquella persona principal, responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña”. (Feldberg et al., 2011). Pág. 15

Es decir quien brinda los cuidados al enfermo dependiente sea por enfermedad, minusvalía o discapacidad es aquella persona dentro o cercana del círculo familiar que recae toda la responsabilidad y que cubre las necesidades del enfermo y no recibe retribución económica.

Otros autores, aportan nuevas definiciones al concepto, como en el caso de la conceptualización del cuidador informal principal como “aquel individuo que asume las tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, es percibida por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y no es remunerada económicamente”. (Fernández et al., 2011). Pág. 180

Astudillo (2008), define al cuidador primario, como “la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermos, papel que por lo general lo juega el esposo/a, hija/o, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente”. Pág. 238

El cuidador principal adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo, conforme progresa la enfermedad, no solo por la atención directa al paciente, sino también porque es el pilar fundamental para el debido tratamiento del enfermo.

Batiz (2008) asegura, muchos de los cuidadores, no reciben ayuda de ninguna otra persona en las funciones que realizan, ni siquiera de familiares cercanos. Al mismo tiempo señala, en algunas ocasiones, los cuidadores son quienes rechazan todo tipo de colaboración.

Dentro de la investigación que se ha llevado a cabo los cuidadores refieren de que nadie más va a soportar tan dura carga, no desean que nadie más tenga este sacrificio, ni que el enfermo con el que va creando un vínculo de dependencia, sea motivo de rechazo para otras personas.

Es la parte afectiva que vincula al cuidador con el enfermo y que en ocasiones el cuidador renuncia de su propio bienestar apareciendo una amplia variedad de implicaciones de orden físico, psíquico y socio familiar, originando el síndrome del cuidador primario.

TIPOS DE CUIDADORES/AS

Según el grado de formación, se clasifican en: cuidadores/as formales, quienes forman parte del equipo de salud, capacitados para dar un servicio profesional, que suele ser remunerado, entre ellos se encuentran médicos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros.

Y que son los cuidadores informales no profesionales aquellas personas que pertenecen al sistema de apoyo del paciente, ya sea un familiar o un amigo que asume la responsabilidad absoluta de la persona enferma en todo lo que respecta a su atención básica, que por lo general, no posee formación académica que respalde la labor que realizan. (Martínez, Roble, Ramos, Santiesteban, García, Morales y García, 2008)

Los cuidadores formales tienden ser personas preparadas para atender a pacientes con diversas enfermedades, cuidando de su salud física y emocional y proporcionando tiempo a todos sus aspectos del vivir diario. En cambio los cuidadores principales están ligados afectivamente con la persona a quien cuida, proporcionándole mayor tiempo a su familiar, sobrecargando sus actividades de cuidados y afectando sus ámbitos diarios desequilibrando su estado emocional.

PROBLEMAS QUE PRODUCE EL CUIDADO CRONICO

El hecho de considerar a una enfermedad como catastrófica comporta implícitamente un carácter de temporalidad indefinida que implica directamente al cuidador, de cual debe hacerse cargo del enfermo de por vida afrontando las demandas diarias sociales, físicas y psicológicas

Los cuidadores primarios informales deberían de precisar de mucho apoyo, porque atender a un familiar con una enfermedad crónica como es la diabetes representa un cambio muy esencial en sus vidas para el que están pocos preparados. Ellos necesitan comprensión de sus problemas y dificultades en sus actividades diarias y sobre todo cuidados en su salud física y emocional.

La labor de proporcionar cuidados al enfermo constantemente y con un tiempo prolongado, produce con frecuencia agotamiento, irritabilidad, quebranto, desgaste emocional severo y otros trastornos que se conocen como el síndrome del quemado o sobrecarga del cuidador (born out) y las alteraciones del estado de ánimo la cual desequilibra todos los aspectos de la vida en el cuidador primario.

SÍNDROME DE DEGASTE DEL CUIDADOR PRIMARIO

El síndrome del cuidador primario suele estar provocado por la dificultad que se presenta en el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver como un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas; pasando, conforme avanza el curso de la enfermedad, de ser un mero supervisor de actividades del paciente al que procura los cuidados más básico.

Maslach y Jackson (1996) en su teoría del estrés en cuidadores primarios, lo caracterizaron como “un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención”.

La descripción del síndrome refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga acompañada de alteraciones de estado de ánimo.

Para Zambrano y cols. (2007) Las características más prevalentes del síndrome del cuidador primario son:

Trastorno en el patrón del sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultades en las relaciones personales, sentimiento de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio y aislamiento Pág. 28

Por lo cual el síndrome constituye una situación estresante con peligro de desbordar, agotar los recursos, y repercutir en la salud física del cuidador, y su estado de ánimo.

IMPLICACIONES FISICAS.

Hacerse cargo de una persona dependiente durante largos periodos de tiempo puede desencadenar dificultades de salud en el cuidador ya que, cuando esta sobrecargado, comienza a anotar alteraciones en todos los aspectos de su vida. Entre las alteraciones físicas se encuentra la debilidad, dolor de cabeza, vértigo, insomnio y dolores articulares.

De estos síntomas físicos tiene particular relevancia la calidad del sueño que puede tener efectos nocivos sobre la salud. Chang y cols. (2007), realizaron un estudio donde concluyen que “la calidad de sueño puede tener un impacto sobre varios aspectos en la calidad de vida de los cuidadores y que la ayuda del mejoramiento del sueño, brinda la capacidad para atender a los pacientes y así mismo”. Pág. 953

IMPLICACIONES EMOCIONALES

El hecho de cuidar a otra persona hace que muchos cuidadores experimenten sentimientos positivos. El simple hecho de que la persona a la que cuida y a la que quiere se encuentre bien y que pronto se va a recuperar puede hacerle experimentar esos sentimientos. La persona a la que cuida puede mostrarle su agradecimiento y eso le hace sentir bien. Hay quienes creen que ofrecer estos cuidados es la obligación moral y cumplir con ellos lo hace sentir satisfecho.

Cuidar a una persona dependiente en un tiempo definido puede ser, a pesar de las dificultades y la “dureza” de la situación, una práctica muy agradable para el cuidador. Pero el cuidar día a día a una persona con una enfermedad catastrófica como es la diabetes, y que precisa de un tratamiento largo para toda la vida a menudo tiene consecuencias psicológicas negativas como son:

Las variantes en el estado de ánimo entre: tristeza, enojo, alegría, miedo, ansiedad/ angustia, nerviosismo/ preocupación, irritabilidad, sentimiento de impotencia, claudicación, falta de apoyo social, desconcentración, y depresión.

Halley, Maheu y Cohen, (1999). “Estos efectos negativos hacen que el cuidador disminuya en su efectividad en la satisfacción de las necesidades del enfermo y de sus propias necesidades, manifestando así depresión, angustia, estrés y aislamiento social.”

En la mayoría de los casos los problemas que afrontan los cuidadores primarios son las alteraciones de estado de ánimo que se relaciona con la convivencia, la administración de la medicación y la comunicación con el paciente diabético. Por lo que a continuación se definirá que es el estado de ánimo y cuáles son los más predominantes.

ESTADO DE ÁNIMO

El estado de ánimo es un estado emocional que permanece durante un período relativamente largo. Se diferencian de las emociones en que es menos específicos, menos intensos, más duraderos y menos dados a ser activados por un determinado estímulo o evento.

Las alteraciones del estado de ánimo se refiere a ciertas diversidades de condiciones clínicas caracterizadas, por cambios del estado de ánimo y del afecto. El estado de ánimo es el estado emocional subjetivo de la persona y el afecto es lo objetivo o lo observable del estado de ánimo (Friedman y Thase, 1995),

Lo que distingue al estado de ánimo en condiciones normales de una condición clínica es: la intensidad del estado; la duración ; su asociación con otras señales y síntomas clínicos y el impacto sobre el funcionamiento del individuo.

En el lenguaje popular se habla de ánimo o humor, en el lenguaje científico, se habla de timia (estado), de función tímica, de afectos (estados psíquicos que expresan matices afectivos, se diferencia de las emociones porque es menos específico, menos intenso, más duradero y no es dado a ser activado por un determinado estímulo o evento.

El estado de ánimo sufre oscilaciones a lo largo del tiempo, si el estado ánimo se encuentra equilibrado o normal se denomina eutimia, cuando es anormalmente bajo se llama hipotimia y cuando es anormalmente alto se llama hipertimia o manía. La alternancia de fases de depresión con fases de manía se llama trastorno afectivo bipolar.

EUTIMIA

La eutimia es el estado de ánimo normal, esto es, situado entre la hipertimia y la distimia o, más radicalmente, entre la manía y la depresión.

Es una palabra derivada del griego, "eu" significa correcto, normal o verdadero y "timia" hace referencia al estado. Contrariamente Distimia es aquel estado displacentero y usualmente se utiliza para denominar una depresión.

HIPERTIMIA

Hipertimia proviene del griego hyper que significa por encima, más allá y de la palabra thymos que significa mente. Trastorno del ánimo caracterizado por un exceso de la actividad acompañada habitualmente de cierta euforia. Afectividad excesiva. Hiperfrenia, exaltación.

El sujeto se siente gozosa, optimista, satisfecho de sí mismo y del entorno. Dicho sentimiento no va unido, normalmente, a situaciones reales que lo justifiquen, pero aún en casos justificados existe una desproporción claramente anormal entre la situación y la intensidad del sentimiento.

HIPOTIMIA

La hipotimia se puede definir como una alteración del estado de ánimo en el cual la respuesta emocional se encuentra disminuida y es inadecuada a la situación.

También se caracteriza porque la persona se siente abatida, puede existir un lenguaje inexpresivo o frío, distante, e incluso lentitud de movimientos. En muchas ocasiones la persona pierde el interés por aquellas actividades que

anteriormente le producían satisfacción, es como si se hubiera perdido la capacidad para disfrutar.

En la vida es normal tener variantes en el estado de ánimo ya sea el momento y la circunstancias pero lo más primordial es tener conciencia de ello y saber manejar las alteraciones del estado de ánimo con su debido afrontamiento a dichas situaciones con la suficiente madurez e inteligencia y no permitir que los objetivos propuestos sean en vano.

Sin embargo, la teoría de Thayer conduce a pensar que el estado de ánimo se trata únicamente de una condición reactiva ante estímulos externos y desestima los elementos psíquicos internos propios de la persona, reduciéndola así a una mera relación causa-efecto en la que el estado de ánimo es el resultado (efecto) de una causa o número de causas de origen exógeno.

Otras escuelas, como el psicoanálisis, ven en el estado de ánimo una expresión o una suerte de síntoma dependiente de procesos inconscientes infinitamente más complejos y subjetivos en tanto que se ligan a la propia historia del sujeto y cuya expresión se hace presente no solo a través de la conducta, sino también a través de posibles somatizaciones o manifestaciones físicas capaces de presentarse en la forma de padecimientos como la dermatitis, el dolor de cabeza o el estreñimiento, entre otros.

A continuación se describirán los estados de ánimo que valora la escala de EVEA (escala de valoración del estado de ánimo).

DEFINICIÓN DE LOS ESTADO DE ANIMO SEGÚN LA ESCALA DE EVEA

Es importante mencionar que dentro de las definiciones del estado de ánimo se va a tener de referencia cuatro estados de ánimo que se han evaluado mediante la escala de EVEA (escala de valoración del estado de ánimo), como son: la depresión, ansiedad, hostilidad y alegría.

DEPRESIÓN

La depresión como estado de ánimo es una experiencia humana conocida por todos; los sentimientos de tristeza, desesperanza, abatimiento son inherentes a la condición humana. Puede ser la reacción a un acontecimiento psicosocial negativo, como expresión de malestar o insatisfacción general, o simplemente forman parte de las fluctuaciones habituales del estado de ánimo. Por lo general, estos sentimientos solo son transitorios y afectan solo de manera moderada la capacidad funcional habitual.

SÍNTOMAS

Síntomas anímicos: tristeza, abatimiento, pesadumbre, infelicidad, irritabilidad, sensación de vacío, nerviosismo.

Síntomas motivacionales: apatía, indiferencia, anhedonia.

Síntomas cognitivos: déficit formal de memoria, atención y capacidad de concentración. Evaluación negativa de sí mismo, de su entorno y su futuro. Auto depreciación, sentimientos de culpa, pérdida de autoestima, pensamientos suicidas.

Síntomas físicos: alteraciones del sueño, fatiga pérdida de apetito, disminución de la actividad y deseo sexual, molestia somática difusa, retardo o agitación psicomotora.

Síntomas interpersonales: deterioro de las relaciones interpersonales, disminución del interés por los demás, aislamiento social

ANSIEDAD

Según Ribot, la ansiedad es “un estado afectivo puro que se manifiesta a nivel comportamental y somático”.

Etimológicamente significa incomodidad y debe entenderse como una función adaptativa que sirve para mantener la actividad cotidiana y la creatividad y en ocasiones para anticipar peligros y amenazas.

El estar alerta ante ciertas amenaza es natural de todo ser humano pero cuando esos síntomas no se controlan y sobrepasan la capacidad de adaptación eso se convierte en una alteración que provoca malestar y deterioro biopsicosocial.

Clásicamente se destacan tres formas de manifestarse la ansiedad:

1. Como respuesta cognitiva: que se relaciona con la propia experiencia interna y puede oscilar entre la preocupación y desasosiego hasta la inhibición o sobrecogimiento y pánico en casos graves con la producción de una crisis de angustia.

2. Como cambios somáticos o respuesta fisiológica: producida por estimulación del sistema nervioso y clínicamente como elevación de la tensión arterial, respiración entrecortada, palpitaciones, sequedad de boca, sudoración, diarreas y micciones frecuentes.

3. Los cambios conductuales: consisten en modificar la psicomotricidad, con cambios en la expresión facial, gesticulación o posturas para intentar aliviar la tensión emocional o incluso la adopción de conductas de evitación o huida.

IRA - HOSTILIDAD

Es importante mencionar que el estudio de la hostilidad va correlacionado con la ira y la agresividad.

Smith (1994): La define como “un sesgo cognitivo que indica una devaluación del valor y de los motivos de los otros, una expectación de que los otros están equivocados, una perspectiva de estar en oposición hacia los otros, y un deseo de infligir daño o ver a los otros como dañinos”.

Referente a los cuidadores primarios dicho estado de ánimo se presenta por la forma en que los cuidadores perciben la situación ante el evento estresante ya sea pensando en que los que se encuentran a su alrededor les ocasionan daño al paciente y por ende dicha reacción.

En otras ocasiones los cuidadores pueden reaccionar agresivos con su familiar paciente, es importante mencionar que el estado de ánimo de los pacientes diabéticos es variado y hay que saber convivir con dichas adversidades, ya que de ambos dependerá el largo tratamiento.

ALEGRÍA

La alegría es definida como un cómodo y vivo movimiento del ánimo motivado por algo halagüeño, y a veces sin causa determinada, que se manifiesta generalmente con signos exteriores.

La alegría es un estado de bienestar, placentero, la persona se siente bien “buen estado de ánimo” se siente más activa e interactúa con el medio social en que se desenvuelve. Es una sensación de satisfacción y éxito de las personas que se dedican a realizar actividades que está involucrada la parte afectiva.

Los problemas que rodean a la persona pueden ser atenuados por el estado de ánimo alegre ya que permite tolerar las adversidades que tiene la vida.

El caso de las personas que se dedican al cuidado de personas enferma y que presenta el estado de ánimo alegre es porque ha tenido información sobre la enfermedad de su familiar y por una buena adaptación frente a esta.

Cuando existe buena comunicación en los miembros de la familia con el familiar enfermo en la convivencia todos gozan de un estado alegre y equilibrado adaptándose a la enfermedad del familiar paciente.

DIABETES

La diabetes es una enfermedad ocasionada por el alto nivel de glucosa en la sangre ya que el páncreas no genera regularmente la insulina que es una hormona que se encarga de regularla y en este caso la enfermedad es considerada catastrófica debido a que afecta a los ojos, riñones, corazón y sistema circulatorio; quedando el paciente ciego; en el caso de los riñones el paciente puede llegar a otro diagnóstico más grave que es la insuficiencia renal, y por ultimo a las amputaciones por la mala circulación de la sangre debido al mal manejo del tratamiento.

Oblitas (2006) menciona:

Ser diagnosticado con diabetes suele asociarse a una serie de temores, miedo, perplejidad, incomprensión, incertidumbre, así como otros aspectos; y que el diagnóstico de esta enfermedad supone sufrimiento en mayor o menor grado sobre la persona enferma, pero a pesar del impacto que genera esta situación, el curso de la enfermedad estará relacionado con el tipo de estrategia de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos, las sensaciones ante el tratamiento y el futuro. (Pág.408)

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere educación y cuidados continuos para evitar complicaciones y mantener la calidad de vida. Por eso es importante el abordaje clínico que debe englobar el estudio de los aspectos psicológicos del paciente y del cuidador porque a medida que pasa el tiempo la situación genera angustia.

IMPACTO DE LA DIABETES EN EL CUIDADOR PRINCIPAL

El reconocimiento de la diabetes como enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo ha motivado la búsqueda de diversos ámbitos de atención de la salud como así de enfoques y metodología que favorezcan un acercamiento real al problema, principalmente en relación con los conocimientos las percepciones, las actitudes, los temores y los problemas de los pacientes con el cuidador principal y su contexto o red familiar.

La aparición de la diabetes sitúa al cuidador principal ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se cura, que precisa tratamiento para siempre basado en cambios en los hábitos de la vida, y dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo en el transcurso de la enfermedad, originando una discapacidad de sobrecarga aún más en el cuidador principal.

El cuidador principal pondrá en marcha su conocimiento, su conexión con el paciente y la capacidad de adaptación buscando en caso de ser necesario apoyos familiares para conseguir un equilibrio en su salud física y emocional.

Cuando en la familia alguien enferma, en especial un miembro de ella, generalmente la madre, esposa, hija, la que pasa a ser cuidadora principal del paciente. Los miembros de la familia son la fuente principal de apoyo emocional y social del paciente y del cuidador principal ya que este tiene la ardua tarea de cumplir con todas las necesidades físicas y emocionales de quien cuida.

AFRONTAMIENTO

Lazarus (1986) define que “el afrontamiento se relaciona con el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones vitales que son estresante, en tanto que se podría admitir la reciprocidad entre el estrés y el afrontamiento”

El instinto natural para encontrar el equilibrio, el control y la seguridad, es lo que va a promover mecanismos y estrategias cognitivas para afrontar sucesos inesperados o incontrolados para el individuo.

El medio en que el ser humano se desenvuelve demanda de los esfuerzo cognitivos y conductuales que opta para poder afrontarse ante determinadas situaciones estresantes y que depende de su capacidad de controlar sus emociones que genere daño o amenaza ante la situación conflictiva para poder llegar a una estado adaptativo y equilibrado.

Fernández-Abascal (1998) considera al Afrontamiento como “el proceso psicológico que se pone en marcha ante cambios, situaciones no deseadas o estresantes, que constituyen bajo la forma de características personales.

Aldwin (2000), por su parte, menciona que “el afrontamiento es el uso de estrategias encargadas de lidiar con problemas con problemas actuales o venideros al igual que con su correlato emocional”.

El afrontamiento depende del tipo de situación a la que se enfrentan, las amenazas, el tipo de persona por ejemplo: creencias, el grado de compromiso, noción sobre la enfermedad.

En el caso de personas cuidadoras se ve reflejada su experiencia sobre la enfermedad y el impacto que ha ocasionado; perturbando su estado emocional y alterando su estado de ánimo, y es ahí donde el afrontamiento es exitoso cuando es flexible y le permite al paciente y al cuidador principal irse adaptando a la nueva situación.

Si el evento estresante o problema puede desaparecer o disminuir mediante la acción, el sujeto debe realizar dicha acción; ejemplo (estrategias de afrontamiento activo), pero si el individuo no puede hacer nada frente a la situación estresora, la persona debe lidiar con el malestar emocional para que este disminuya.

Martínez, Reyes, García y Gonzales (2006) reseñan que, la forma de afrontar, es importante mediador de las respuestas psicológicas, en cualquier actividad que el individuo pueda realizar, tanto a nivel cognoscitivo como conductual para enfrentarse a una determinada situación. Finalmente, se puede indicar que la situación que poseen los cuidadores en esta investigación representa una problemática que involucra la atención a personas con diabetes y que deben de poner en marcha recursos personales que pueden ser tanto cognitivos, como conductuales para poder resolver la situación.

Según Muela, Torres y Pelaez (2002), explica unas de las clasificaciones más empleadas en el estilo de afrontamiento que son: centrados en el problema y centrado en la emoción. (Pág. 319)

El primero se refiere a los intentos que realiza el cuidador/a primario/a por controlar las situaciones problemáticas que se plantean a través de alguna acción directa, solventando las dificultades a través de la toma de decisiones,

búsqueda de información entre otros. Es decir, en conjunto todas estas formas de responder tienen como finalidad solventar eficazmente la situación. Mientras que el afrontamiento centrado en la emoción se utiliza para controlar y disminuir las emociones negativas consecuentes al estrés.

Es importante mencionar que el tipo de afrontamiento va relacionado con el tipo de sobrecarga que presenta el cuidador, ya que existen dos tipos de sobrecarga, la objetiva, que se debe a las tareas de cuidado. Y la sobrecarga subjetiva, que corresponde a al plano de los sentimientos y emociones que provoca en la dicha labor del cuidado.

Pero no siempre los cuidadores que están expuestos a situaciones estresantes con su familiar tienden enfermo tienden a elegir correctamente las estrategias de afrontamiento adecuadas perjudicando su bienestar biopsicosocial. Por lo que este estudio investigativo pretende diseñar estrategias de afrontamiento adecuadas frente a la situación de cuidados que alteran el estado de ánimo y la salud física de los cuidadores

Es importante destacar que dentro de esta investigación existe un marco legal del derecho a la salud de las persona en general y de los cuidadores de pacientes dependientes.

2.4.-FUNDAMENTACION LEGAL

EI DERECHO A LA SALUD

La Declaración Universal de los Derechos recoge el derecho la salud en el art. 25: “ **Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar**, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de

desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez, u otros caso de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancia independiente de su voluntad.”

LA CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR

En el Art. 32, señala que: (Derecho a la salud). “La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otro derecho, entre ellos el derecho al agua, alimentación, educación, cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan en buen vivir.” Este derecho se aplica para las personas adultas mayores.

La Ley Orgánica de la Salud, en el capítulo sobre los derechos y deberes de las persona y del estado en relación con la salud, establece en el art. 7 los derechos de las personas sobre la salud”

A continuación: Señalamiento de algunos artículos más importantes dentro del proyecto de investigación.

a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicio de salud;

b) Acceso gratuito a los programas y accione de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la Republica.

c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación.

e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionado con su salud así como en usos, efectos, costos y calidad; **a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos.** Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;

f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;

h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnósticos y tratamiento, salvo en los casos de urgencias, emergencia o riesgo para la vida de la persona y para la salud pública;

k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,

La Ley de Derechos y Amparo del Paciente en el capítulo sobre los derechos del paciente (art 2-7) señala los derechos de los paciente, atención digna, a no ser discriminado, derecho a la confidencialidad, a la información y a decidir.

Todos los ecuatorianos tenemos derecho a la salud entre estos derechos están: el ser informado de cada procedimiento que van a realizar en beneficio nuestro, ser informado sobre nuevas alternativas de tratamiento, tener una atención oportuna y eficaz, respetando nuestra autonomía.

DERECHOS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS

1.- El derecho a cuidarse, dedicando tiempo y haciendo simplemente para ellas sin sentimientos de culpa, de miedo y sin autocrítica.

2.- El derecho a mantener facetas de su propia vida que no incluyan a la persona a la que cuida.

3.- El derecho a experimentar sentimientos negativos (tristeza, rabia o enfado) por ver enferma o estar perdiendo a la persona querida.

4.- El derecho a resolver por ellas mismas aquello de lo que sean capaces y el derecho a preguntar y pedir ayuda a otras personas para resolver aquello que no comprendan, reconociendo los límites de su propia resistencia y fuerza.

5.- El derecho a buscar resoluciones que se ajusten razonablemente a sus necesidades y a las de sus seres queridos.

6.- El derecho a ser tratadas con respeto por aquellas personas a quienes solicitan consejo y ayuda.

7.- El derecho a cometer errores y ser disculpadas por ello.

8.- El derecho a ser reconocidas como personas valiosas y fundamentales de su familia, incluso cuando sus puntos de vista sean distintos.

- 9.- El derecho de quererse y admitir que hacen lo humanamente posible.
- 10.-El derecho a recibir consideración, afecto, perdón y aceptación por lo que hacen por la persona a quien cuida.
- 11.-El derecho a aprender, y a disponer del tiempo necesario para aprenderlo.
- 12.-El derecho a decir “no” ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realista.
- 13.-El derecho a seguir desarrollando su propia vida y disfrutando de ella.
- 14.-El derecho a libertarse de sentimientos y pensamientos negativos, destructivos e infundados, aprendiendo a manejarlos y controlarlos.
- 15.- El derecho a rechazar cualquier intento que haga la persona cuidada para manipularlas, haciéndolas sentir culpables o deprimidas.
- 16.- El derecho a estar orgullosa por la labor que desempeña y aplaudir el coraje que tiene que reunir muchas veces para satisfacer las necesidades de la persona de la que cuida.
- 17.- El derecho a esperar y demandar que, así como se están haciendo nuevos esfuerzos a encontrar recursos para optimizar la atención a las personas discapacitadas físicas y mentalmente en nuestro España, se hagan los mismos esfuerzos para optimizar la ayuda y el soporte necesarios a las personas cuidadoras de todo el mundo.
- 18.-El derecho a ser ellas mismas...

2.5.-HIPOTESIS

“El cuidador principal presenta alteraciones de estado de ánimo debido a la convivencia con el paciente diagnosticado con diabetes”

2.6.-SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

2.6.1.-VARIABLE DEPENDIENTE:

Las Alteraciones del estado de ánimo

2.6.2.-VARIABLE INDEPENDIENTE:

El Cuidador Principal.

CAPITULO III

3.-METODOLOGIA

3.1.-TIPO O NIVEL DE INVESTIGACION:

Cualitativa:

Es cualitativa porque se han adquirido conocimientos que nos permite conocer la realidad mediante la recolección y análisis de datos a través de los conceptos de las variables.

Cuantitativa:

Es cuantitativa ya que se ha podido tener control de la variable dependiente que es el estado de ánimo, la cual se ha podido analizar datos sobre dicha variable mediante la aplicación de la escala de EVEA (Escala de valoración del estado de ánimo) y la escala de Zarit que mide la sobrecarga del cuidador.

Descriptiva

Es descriptiva porque consiste en describir los fenómenos y eventos; describir como son y se manifiestan. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles que en esta investigación corresponde a las alteraciones del estado de ánimo en los cuidadores principales de los pacientes con diabetes que acuden al hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

Es decir miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componente del fenómeno a investigar.

3.1.1.-METODO: Deductivo

La deducción va de lo general a lo particular. Proveniente del latín “deduction” que significa descender. El método deductivo es aquel que parte de las verdades establecidas como principio general para luego aplicarlo a casos individuales y comprobar así su validez.

3.1.2.-TECNICAS

Técnicas de investigación de campo, porque recoge información primaria y que básicamente son: la observación, la entrevista, la encuesta y los reactivos (test).

Técnicas bibliográficas destinadas a obtener información de fuentes secundarias que constan en libros, revistas, artículos científicos y documentos en general.

Técnicas instrumentales: por medio de esta técnica se aplicaron reactivos como son la escala de EVEA (escala de valoración del estado de ánimo) y la escala de Zarit del cuidador que mide la sobrecarga

3.2.-POBLACION-MUESTRA-TAMAÑO

3.2.1.-POBLACION: 22

Cuidadores de pacientes que acuden al Club de Diabéticos en el Hospital Rodríguez Zambrano.

3.2.2.-MUESTRA: 10

No probabilística

3.2.3.-TAMAÑO DE LA MUESTRA: 10

El tamaño de la muestra es de 22 participantes la cuales se han escogido 10 de muestra por la frecuencia de asistencia de los participantes que acuden al club de diabéticos y poder recabar información

3.3 OPERACIÓN DE LAS VARIABLES

3.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	CATEGORIA	INDICADORES	PREGUNTAS	TECNICA
Cuidador Principal	FORMAL	Afectación Cuidado Físico Emocional Capacitación	¿Cumple con todas las exigencias del tratamiento? ¿Cómo es la relación con su familiar?	Entrevista estructurada.
	INFORMAL	Remuneración económica.	¿Cuáles son los sentimientos del cuidador? ¿Cómo reaccionó frente al diagnóstico de su familiar?	

3.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Variable	Categoría	Indicadores	Ítems	Preguntas	Técnicas
Alteraciones del estado de ánimo	hipotimia	Depresión	Melancólico Tristeza Apatía	Preguntas de la escala de EVEA (véase en anexo)	Escala de Valoración de estado de ánimo.
	EUTIMIA	Ansiedad	Nervioso Tenso Intranquilo		
	hipertimia	Alegría	Optimista Contento Jovial		
		Hostilidad	Irritado Enojado Molesto		

3.3.3.-RECURSOS

Talento humano:

Investigadora: Tatiana Estefanía Delgado Zambrano

Tutora de Tesis: Psicóloga Clínica Inés Vera Molina

Personal administrativo y directivos del área de Salud Mental.

Psicóloga Clínica: Ana Lucia Matute

Recurso Material-económico:

Pen drive, impresiones, lápiz, remas A4, bolígrafos, computadora, internet, movilización y otros. : \$500

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS

INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS CON CRITERIOS DE VALIDACIÓN

ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Escala de valoración del estado de ánimo

Nombre en Inglés: Scale for Mood Assessment (Sanz, 201) o Mood Evaluation Scale (Pacheco-Unguetti, Acosta, Callejas y Lupiañez, 2010)

Autor: Jesús Sanz

El autor de la EVEA ha traducido el instrumento en inglés y dicha traducción está disponible en la misma dirección de internet en la que dispone la versión original española.

DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: Inventario de autoinforme de lápiz y papel.

Objetivos: Evaluar el estado de ánimo actual, en cualquier circunstancia que se requiera medir ya sea en un momento transitorio de una persona o específicamente en una circunstancia dada.

Población: inicialmente desarrollado con estudiantes universitario, pero ha sido y validado con otros tipos de poblaciones tanto clínicas como no clínicas.

Numero de ítems: 16

La EVEA consiste de 16 ítems, cada uno compuesto por una escala que consta del 0 (nada) y 10 (mucho), que presenta en su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo, todas comienza con las palabras “me siento”. La EVEA pretende evaluar 4 estados de ánimo:

Ansiedad,

Ira-hostilidad,

Tristeza-depresión y

Alegría.

Fiabilidad:

La fiabilidad de consistencia interna variaba entre 0,82 y 0,92, con una media de 0,88, para la subescala de depresión; entre 0,92 y 0,94, con una media de 0,92, para la subescala de ansiedad; entre 0,93 y 0,95, con una media de 0,93, para la subescala de ira-hostilidad; entre 0,88 y 0,96, con una media de 0,92, para la subescala de alegría. (Sanz, Gutiérrez y García-Vera, 2013).

Validez:

Existen varios estudios que han obtenido buenos índices de validez convergente de la EVEA, en especial de la subescala de tristeza-depresión y ansiedad al mostrar que sus subescalas correlacionan de forma moderada o alta en distintos tipos de población (estudiantes universitarios, pacientes con trastornos neurológicos, adultos de la población en general, etc).

APLICACIÓN**Normas descriptiva:**

Las instrucciones de la EVEA hacen hincapiés en la evaluación de estados de ánimo actuales y transitorios al requerir a las personas evaluadas que rodeen con un círculo el valor de 0a 10 que indique mejor como se “siente ahora mismo”, en el mismo momento de completar el instrumento. El orden de presentación de los ítems en la EVEA fue establecido de manera aleatoria, aunque evitando la posibilidad de que los ítems que midieran el mismo estado de ánimo aparecieran de forma consecutiva.

Interpretación:

Cada ítems se valora de 0-10 puntos en función del valor escogido por la persona evaluada y, tras sumar la directamente la puntuación de los cuatros adjetivos correspondientes a cada subescala y dividir la suma por 4, se

obtienen 4 puntuaciones entre 0 y 10 que cuantifica los estado de ánimo triste-depresivo, ansioso, alegre y hostilidad.

A continuación ítems que se deben sumar para cada subescala:

SUBESCALA DE DEPRESION (ítems que se deben sumar 4, 7, 10,16 una vez sumados se divide para 4)

SUBESCALA DE ANSIEDADA (ítems que se deben sumar 1, 5,9 y 13 una vez sumado se divide para 4)

SUBESCALA DE HOSTILIDAD (ítems que se debe sumar 2, 8,11 y 14 una vez sumado se deben dividir para 4)

SUBESCALA DE ALEGRIA (Ítems que se deben sumar 3, 6,12 y 15 una vez sumados se deben dividir para 4)

Algunos autores prefieren no dividir la suma de las puntuaciones de los ítems de cada subescala por el número de ítem y, en lugar de puntuaciones entre 0 y 10, obtienen puntuaciones que oscilan de 0 y 40. Cualquiera que sea los casos, una puntuación más alta en las subescala de la EVEA indica, respectivamente un mayor nivel de cada estado de ánimo.

TEST DE ZARIT

Es una escala de medición de sobrecarga en el cuidado, mide el impacto en el cuidador por estar a cargo con una persona con dependencia ya sea Enferma-discapacitada o minusválida.

Escala de Zarit Abreviada “EZA” es una de las más utilizadas a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluido el español.

Esta escala determina los siguientes ámbitos:

1. Consecuencia del cuidado.
2. Creencias y experiencias sobre la capacidad para cuidar.
3. Relación del cuidado con el paciente a su cargo.

El test de Zarit consta de una lista de 22 ítems que describen como se sienten los cuidadores, la cual tienen 4 opciones para contestar:

0 (nunca)

1 (casi nunca)

2 (a veces)

3 (frecuentemente)

4 (casi siempre)

Las puntuaciones obtenidas se suman de acuerdo a la respuesta, y el resultado presenta el grado de sobrecarga del cuidador. Por lo tanto la puntuación total oscila de 0 y 88 puntos. Se considera sobrecarga cuando el cuidador presenta una puntuación más de 24 puntos.

Criterios de interpretación:

Factor 1. Consecuencia negativa del cuidado.

El puntaje debe oscilar entre 0 y 48.

La puntuación elevada en este factor indica que el cuidador experimenta, con frecuencia repercusiones negativas sobre su vida y sentimientos de querer encargar las tareas de cuidado a otra persona. En él se ve afectada su vida privada, actividades, trabajo, tiempo libre, relaciones sociales, salud física y mental.

Factor 2. Sentimiento de incompetencia.

Su puntuación oscila entre 0 y 20.

Dentro o más de este puntaje, indica que el cuidador no presenta recursos suficiente tales como poder ayudar a la persona dependiente; estos recursos pueden ser personales y económicos. Así el cuidador, percibe que no es capaz de cuidar, suministrar y de tener el tiempo suficiente para los cuidados que requiere el enfermo.

Factor 3. Relaciones Negativas

Su puntaje oscila de 0 a 12.

Una puntuación igual o más alta indica que la prestación de cuidados genera sentimientos negativos como la exageración de ayuda y sentimientos de vergüenza frente a los demás debido a los cuidados que presta.

3.5.-RECOLECCION DE LA INFORMACION

La información del trabajo investigativo se recolecto mediante fichas de observación, encuesta y entrevistas realizadas a los cuidadores de pacientes que acuden al Club de Diabéticos en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

3.6.-PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

El procedimiento de los datos de esta investigación se realizó de la siguiente manera:

1. Recopilación de la información
2. Tabulación, clasificación de la información
3. Comprobación de la información

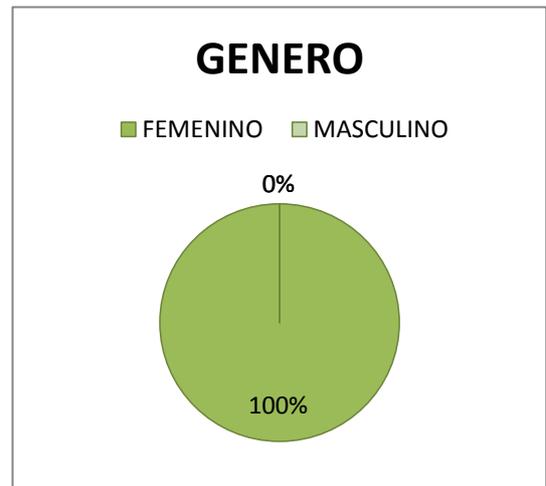
4. Análisis cuantitativo mediante cuadros y grafios estadísticos realizados en Excel.

5. Interpretación y análisis de los resultados obtenidos para elaborar las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

4.1 DATOS DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES QUE ACUDEN AL CLUB DE DIABÉTICOS EN EL HOSPITAL RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO.

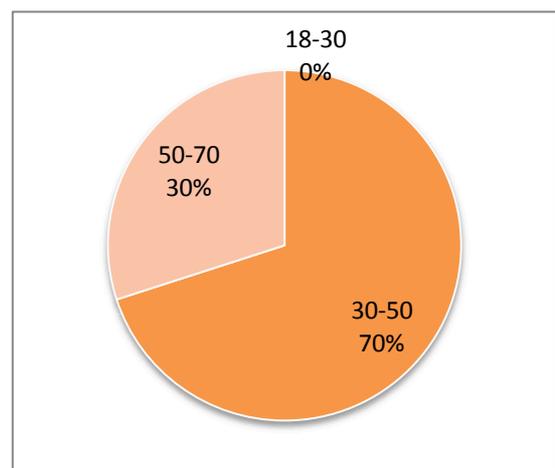
GENERO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	10	100
MASCULINO	0	0
TOTAL	10	100



ELABORADO POR: TATIANA DELGADO
FUENTE: CUIDADORES PRIMARIO DEL HRZ

RANGO DE EDADES DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES ENCUESTADOS

EDAD	FRECUENCIA	%
18-30	0	0
30-50	7	70
50-70	3	30
TOTAL	10	100

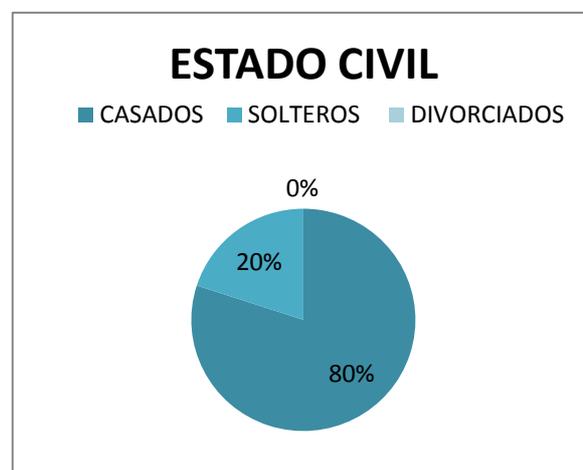


ELABORADO POR: TATIANA DELGADO
FUENTE: CUIDADORES PRIMARIO DEL HRZ

ESTADO CIVIL DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
CASADOS	8	80
SOLTEROS	2	20
DIVORCIADOS	0	0
TOTAL	10	100

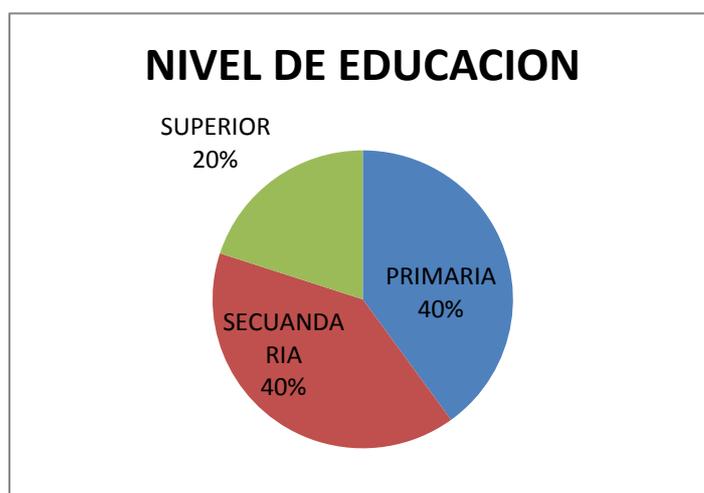
ELABORADO POR: TATIANA DELGADO
FUENTE: CUIDADORES PRIMARIO DEL HRZ



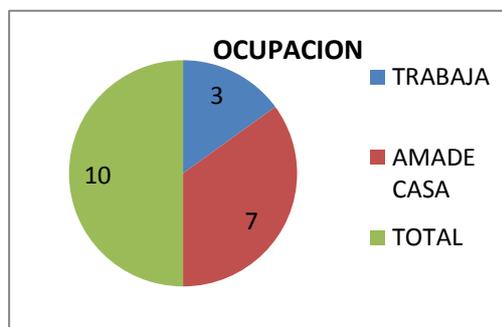
EDUCACION DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS

EDUCACION	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	4	40
SECUNDARIA	4	40
SUPERIOR	2	20
TOTAL	10	100

ELABORADO POR: TATIANA DELGADO
FUENTE: CUIDADORES PRIMARIO DEL HRZ



ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
TRABAJA	3	30
AMA DE CASA	7	70
TOTAL	10	100



ELABORADO POR: TATIANA DELGADO

FUENTE: CUIDADORES PRINCIPALES DEL HRZ

ANALISIS GENERAL DE LOS PERFILES DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES QUE ACUDEN AL CLUB DE DIABETICOS EN EL HOSPITAL RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO

Mediante los datos generales de los cuidadores de los pacientes que acuden al club de diabéticos se ha podido observar mediante la tabulación de datos que el 100% de las personas cuidadoras son de género femenino, el rango de edades de 18-30 años es un 0% de personas que no cuidan, de 30-50 años el 70% se dedican al cuidado mientras que un 30% oscila entre las edades de 50-70 años que también se dedican al cuidado de su familiar.

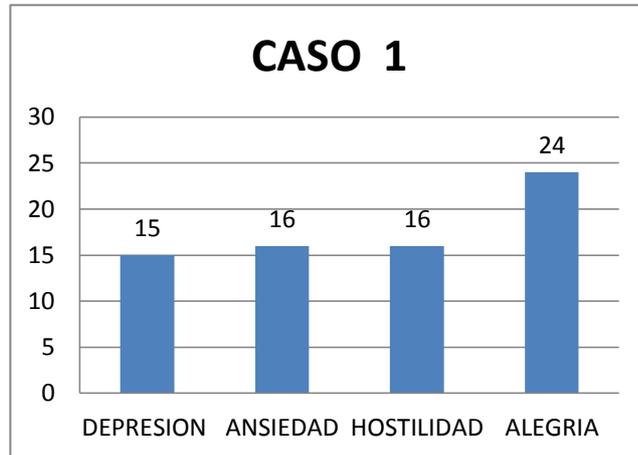
El 80% son casadas y el 20% son solteras; un 40% han llegado a la educación primaria, el otro 40% a una educación secundaria, mientras el 2% son profesionales.

En la ocupación el 3% trabajan incluida las profesionales, y el 7% son amas de casa que se dedican al cuidado de su familiar y a otras obligaciones en el hogar.

4.2. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

EVEA-CASO 1	
ESTADO DE ÁNIMO	PUNTACIÓN
DEPRESIÓN	15
ANSIEDAD	16
HOSTILIDAD	16
ALEGRÍA	24



ANÁLISIS CASO 1

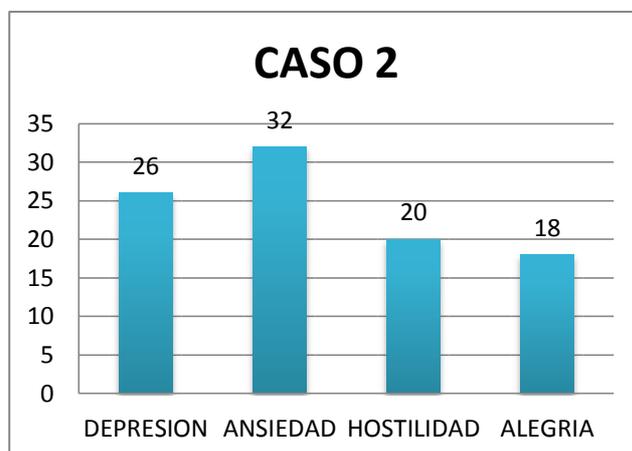
En los resultados obtenidos del caso 1 se puede evidenciar mediante el grafico que la puntuación más alta la obtuvo el estado de ánimo Alegría con 24 puntos, seguido de ansiedad y hostilidad con 16 puntos y por ultimo 15 punto obtuvo el estado de animo de depresión.

INTERPRETACIÓN

El estado de ánimo con mayor puntuación fue la alegría con 24 puntos que corresponde a una participante de 45 años, soltera, ama de casa, que cuida a su madre de 68 años.

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

EVEA-CASO 2	
ESTADO DE ÁNIMO	PUNTUACIÓN
DEPRESIÓN	26
ANSIEDAD	32
HOSTILIDAD	20
ALEGRÍA	18



ELABORADO POR: TATIANA DELGADO

FUENTE: ESCALA DE VALORACION DE ESTADO DE ANIMO

ANÁLISIS

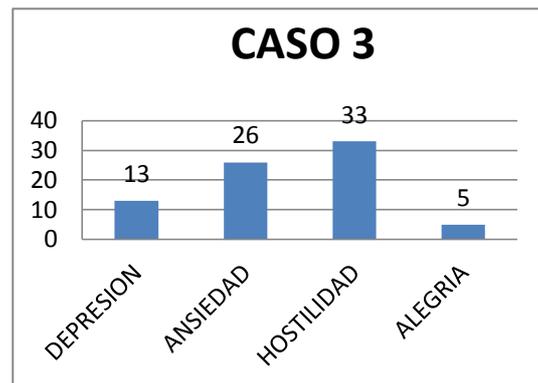
Los resultados obtenidos demuestran que la Ansiedad obtuvo el puntaje más significativo con 32 puntos, seguido de Depresión 26 puntos; hostilidad 20 puntos y el puntaje más bajo es el estado de ánimo de Alegría con un puntaje de 18

INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos demuestran que el puntaje más alto (32) se encuentra en el estado de ánimo de Ansiedad que corresponde a una señora de 65 años, ama de casa; con malas relaciones en la comunicación con su esposo y que cuida de él; es ciego y tiene amputada una pierna a causa de la diabetes.

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

ESTADO DE ÁNIMO	PUNTUACIÓN
DEPRESIÓN	13
ANSIEDAD	26
HOSTILIDAD	33
ALEGRÍA	5



ELABORADO POR: TATIANA DELGADO ZAMBRANO

FUENTE: ESCALA DE VALORACION DEL ESTADO DE ANIMO

ANÁLISIS

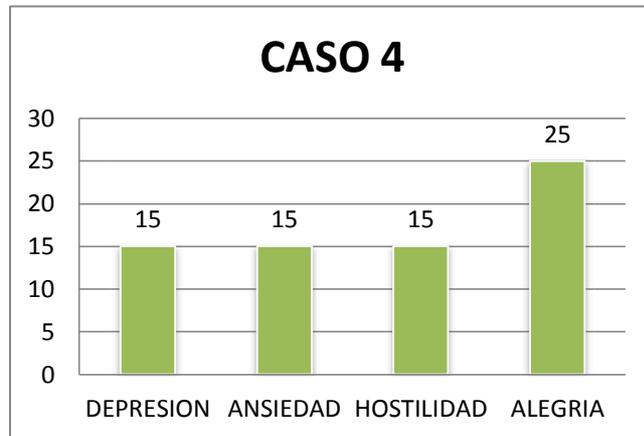
En el gráfico de barra se observa que el estado de ánimo con más puntuación (33) es la ira- hostilidad, seguido de Ansiedad con un puntaje de 26; Depresión con un puntaje de 13 y el más bajo corresponde al estado de animo de la Alegría.

INTERPRETACIÓN

El estado de ánimo con más puntuación es la ira-hostilidad con 33 puntos y estas puntuaciones le corresponde a una señora de 45 años, casada, trabaja y cuidada a su madre de 63 años que padece diabetes.

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

EVEA-CASO 4	
ESTADO DE ÁNIMO	PUNTUACIÓN
DEPRESIÓN	15
ANSIEDAD	15
HOSTILIDAD	15
ALEGRÍA	25



ELABORADO POR: TATIANA DELGADO

FUENTE: ESCALA DE VALORACION DEL ESTADO DE ANIMO

ANÁLISIS

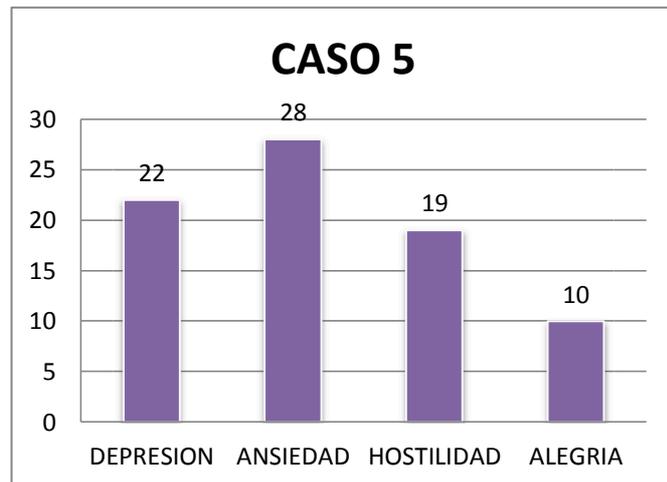
El estado de ánimo que más ha predominado en el momento de tabulación de este caso es la Alegría con una puntuación de 25 seguido de los tres estados de ánimo como depresión-ansiedad y hostilidad con una puntuación de 15.

INTERPRETACIÓN

El estado de ánimo que más ha predominado en el momento de tabulación de este caso es la Alegría con una puntuación de 25 puntos y se puede observar que se trata de una persona con estado de ánimo equilibrado; es una persona de sexo femenino, de 38 años de edad, casada, trabaja y cuida a su esposo de 45 años que es diabético.

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

EVEA-CASO 5	
ESTADO DE ÁNIMO	PUNTUACIÓN
DEPRESIÓN	22
ANSIEDAD	28
HOSTILIDAD	19
ALEGRÍA	10



ELABORADO POR: TATIANADELGADO ZAMBRANO

FUENTE: ESCALA DE VALORACION DEL ESTADO DE ANIMO

ANÁLISIS

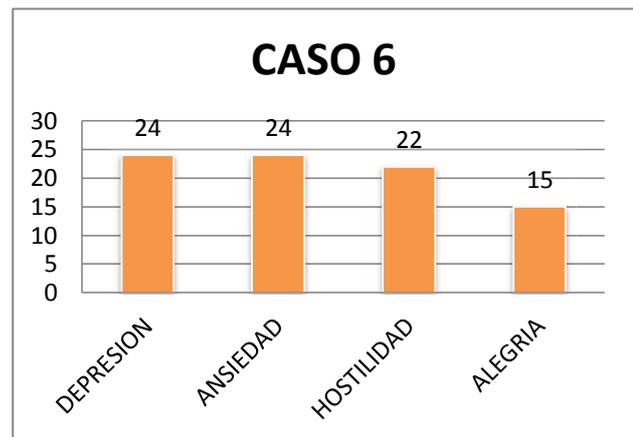
El gráfico representa cuatro estados de ánimo que evalúa la escala de EVEA, se puede observar que la participante 5 presenta la puntuación más alta en el estado de ánimo de Ansiedad con puntaje de 28, seguido de depresión con puntaje de 22; la hostilidad con puntaje de 19 y por último la alegría con 10 puntos.

INTERPRETACIÓN

Se puede observar que la participante 5 presenta la puntuación más alta en el estado de ánimo de Ansiedad con puntaje de 28, se trata de una señora de 70 años de edad, soltera y cuida a su prima de 68 años, no trabaja y se dedica al cuidado de su prima, tuvo un nivel de educación primaria.

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

ESTADO DE ÁNIMO	PUNTUACIÓN
DEPRESIÓN	24
ANSIEDAD	24
HOSTILIDAD	22
ALEGRÍA	15



ELABORADO POR: TATIANA DELGADO ZAMBRANO

FUENTE: ESCALA DE VALORACION DEL ESTADO DE ANIMO

ANÁLISIS

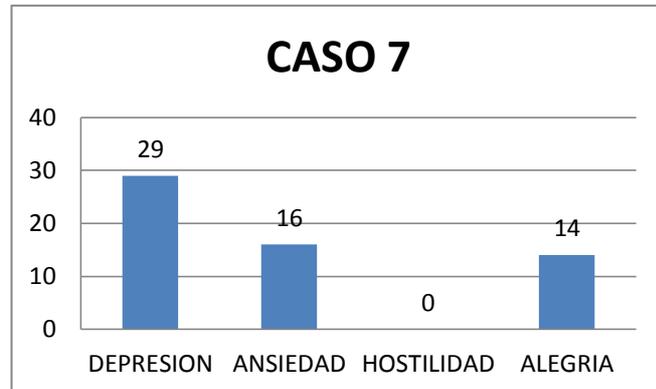
En el gráfico del caso 6 se observa que predominan dos estados de ánimos con la misma puntuación de 24 que corresponde a Depresión y Ansiedad, seguido de Hostilidad con puntuación de 22 y con un bajo puntaje de 15 el estado de ánimo de alegría.

INTERPRETACIÓN

El estado de ánimo más predominantes son depresión y ansiedad con una puntuación de 24 puntos. Se trata de una señora de 60 años de edad, ama de casa, casada, que cuida a su esposo de 68 años de edad quien tiene diabetes con pronóstico de diálisis.

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

EVEA -CASO 7	
ESTADO DE ÁNIMO	PUNTUACIÓN
DEPRESIÓN	29
ANSIEDAD	16
HOSTILIDAD	0
ALEGRÍA	14



ELABORADO POR: TATIANA DELGADO ZAMBRANO
FUENTE: ESCALA DE VALORACION DE ESTADO DE ANIMO

ANÁLISIS

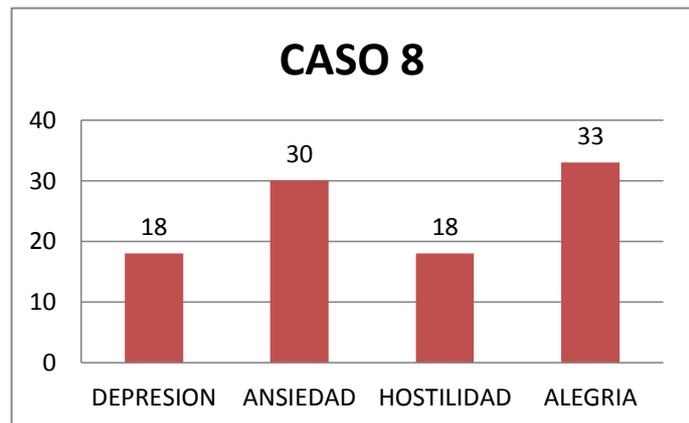
En el gráfico del caso 6 se observa que predominan dos estados de ánimos con la misma puntuación de 24 que corresponde a Depresión y Ansiedad, seguido de Hostilidad con puntuación de 22 y con un bajo puntaje de 15 el estado de ánimo de alegría.

INTERPRETACIÓN

En el gráfico se observa que el estado de ánimo que obtuvo el puntaje de ánimo más alto es la Depresión con un total de 29, y la participante es una señora de 46 años, ama de casa; cuida a su hijo de 18 años con diabetes.

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

EVEA -CASO 8	
ESTADO DE ÁNIMO	PUNTUACIÓN
DEPRESIÓN	18
ANSIEDAD	30
HOSTILIDAD	18
ALEGRÍA	33



ELABORADO POR: TATIANA DELGADO ZAMBRANO

FUENTE: ESCALA DE VALORACION DEL ESTADO DE ANIMO

ANÁLISIS

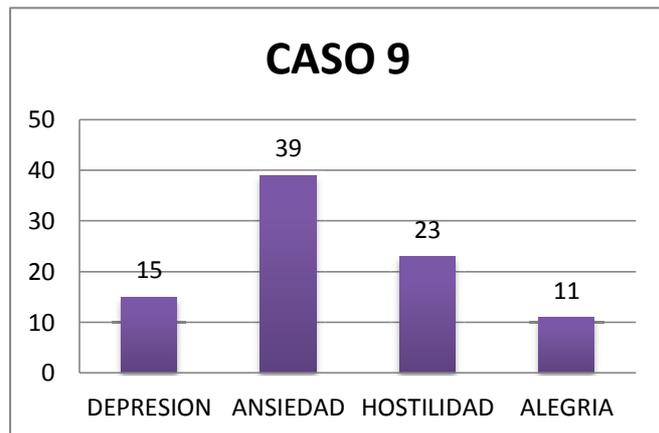
En el gráfico del caso 8, se observa la puntuación más alta 33 que corresponde al estado de ánimo Alegría , seguido de la Ansiedad con una puntuación de 30, y por ultimo con la puntuación de 18 los dos estados de ánimo restante como es la Depresión y la Hostilidad.

INTERPRETACIÓN

El estado de ánimo predominante es la alegría se trata de una señora de 48 años, casada, ama de casa, quien cuida a un tío que recientemente le diagnosticó la enfermedad.

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

EVEA-CASO 9	
ESTADO DE ÁNIMO	PUNTUACIÓN
DEPRESIÓN	15
ANSIEDAD	39
HOSTILIDAD	23
ALEGRÍA	15



ELABORADO POR: TATIANA DELGADO ZAMBRANO
FUENTE: ESCALA DE VALORACION DE ESTADO DE ANIMO

ANÁLISIS

En el gráfico del caso 8, se observa la puntuación más alta 33 que corresponde al estado de ánimo Alegría , seguido de la Ansiedad con una puntuación de 30, y por ultimo con la puntuación de 18 los dos estados de ánimo restante como es la Depresión y la Hostilidad.

INTERPRETACIÓN

la Ansiedad predomina con el puntaje más alto (39) de una participante casada de 43 años quien cuida a su padre de 74 años diagnosticado con diabetes.

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

ESTADO DE ÁNIMO	PUNTUACIÓN
DEPRESIÓN	40
ANSIEDAD	30
HOSTILIDAD	27
ALEGRÍA	20



ELABORADO POR: TATIANA DELGADO ZAMBRANO

FUENTE: ESCALA DE VALORACION DE ESTADO DE ANIMO

ANÁLISIS

En el presente grafico del caso 10 se observa que el estado de ánimo que más sobresale es la Depresión con puntuación de 40 de la escala de EVEA, en segundo lugar la Ansiedad en 30, 27 la Hostilidad y la Alegría con puntaje de 20.

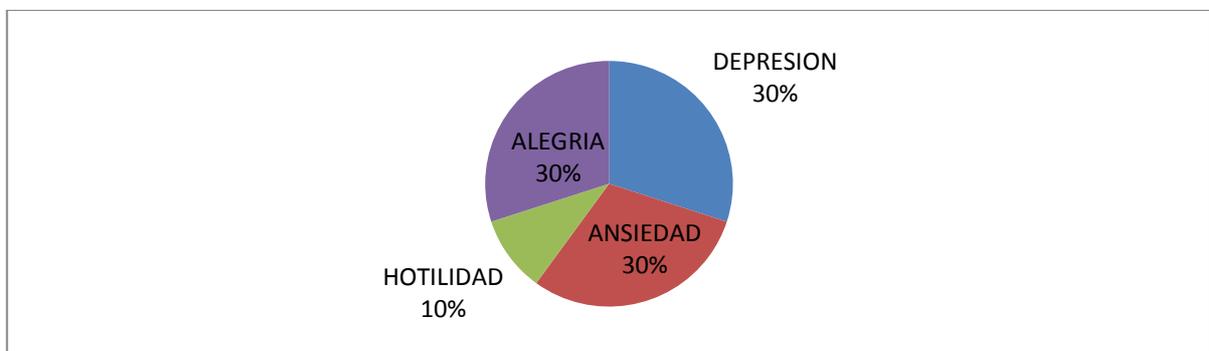
INTERPRETACIÓN

El estado de ánimo que predomino en esta participante de 49 años, casada, que cuidada a su esposo con diabetes, es la Depresión con un puntaje de 40 puntos.

ANÁLISIS GENERAL SOBRE LA TABULACIÓN DE DATOS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE ESTADOS DE (EVEA)

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
DEPRESIÓN	3	30
ANSIEDAD	3	30
HOTILIDAD	1	10
ALEGRÍA	3	30
TOTAL	10	100

GRAFICO 11



ANÁLISIS

Depresión: 30 %

Ansiedad: 30%

Hostilidad: 30 %

Alegría: 10%

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los 10 casos (cuidadores principales) que se le han aplicado la escala de valoración del estado de ánimo en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano se ha podido observar que hay un número equilibrado de las alteraciones más comunes del estado de ánimo como es la depresión, ansiedad y la hostilidad

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE ZARIT (SOBRECARGA DEL CUIDADOR) CUADRO 12

	RESULTADO DEL TEST DE ZARIT									
CUIDADOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PREGUNTAS										
1	2	4	3	2	1	2	4	4	4	3
2	1	4	3	0	3	2	0	2	3	0
3	2	4	4	2	4	2	0	4	3	4
4	2	0	0	2	0	4	0	4	0	0
5	2	2	4	0	4	2	1	2	2	0
6	2	3	2	0	4	2	0	0	2	0
7	2	4	2	3	4	3	4	0	4	4
8	2	4	3	0	4	4	3	2	3	3
9	2	3	3	0	4	2	0	4	3	2
10	2	4	4	0	4	4	4	4	3	2
11	2	3	2	0	3	2	0	0	2	0
12	2	4	3	0	3	2	0	2	0	0
13	2	3	0	0	3	0	0	2	0	0
14	2	4	4	2	4	4	0	3	2	3
15	2	0	2	3	3	4	3	4	0	0
16	2	2	2	2	0	2	2	2	0	0
17	1	4	3	0	4	4	4	2	2	2
18	2	2	4	0	4	4	0	4	0	0
19	2	0	0	2	4	0	3	2	0	0
20	2	4	2	4	4	2	4	2	3	3
21	2	4	2	4	3	2	2	2	2	3
22	2	3	4	2	3	4	0	2	4	4
PUNTAJE	42	65	56	28	70	57	34	53	42	33

ANÁLISIS

Mediante la escala de Zarit que mide la sobrecarga del cuidador se ha podido observar que los 10 casos presentan sobrecarga ya que el rango de corte de dicha escala es de 28 puntos la cual se considera sobrecarga; los casos (2-3-5-6) presentan puntuaciones más altas, seguido de los cuidadores (1-8-9) que obtuvieron puntajes medios, y por último los casos (4-7-10).

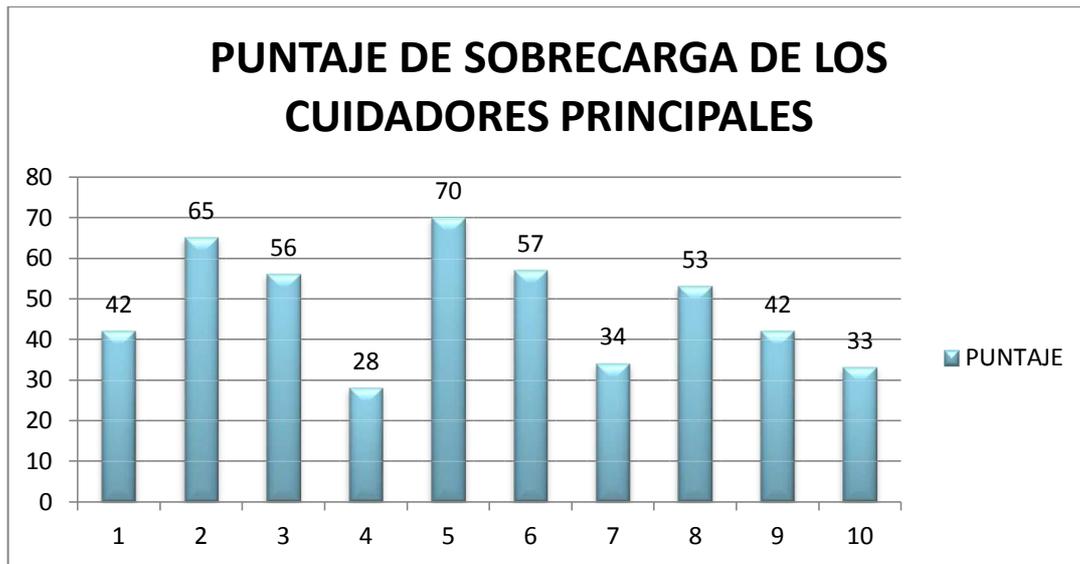


GRAFICO 12

INTERPRETACIÓN

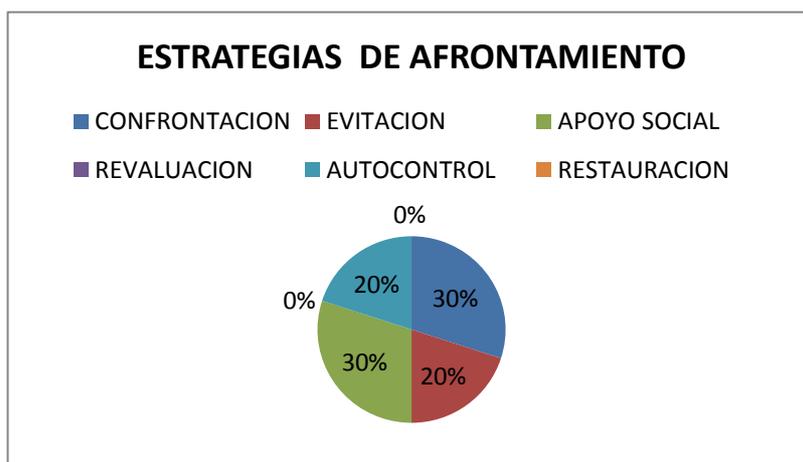
Mediante la aplicación de la escala de Zarit se ha podido confirmar que los cuidadores de pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano presentan sobrecarga y que esto ocasiona que la relación con su familiar paciente no sea adecuada alterando su estado de ánimo. Los más comunes son los estados de ánimo Distimico como son la depresión, ansiedad y la hipertimia que se considera estados de ánimos exaltados como ira, hostilidad; y dentro de esta investigación solo una persona se encuentra en un estado equilibrado (eutimico) a pesar de presentar sobrecarga.

POSICIONES DE AFRONTAMIENTO

¿CUÁL FUE SU REACCION FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE SU FAMILIAR?

CUADRO 13

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
CONFRONTACION	3	30
EVITACION	2	20
APOYO SOCIAL	3	30
REVALUACION	0	0
AUTOCONTROL	2	20
RESTAURACION	0	0
TOTAL	10	100



ANÁLISIS INTERPRETATIVO

Mediante la entrevista clínica se pudo evidenciar que los cuidadores de pacientes diabéticos del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano reaccionaron frente la enfermedad de su familiar un 30% busco apoyo social acudiendo a otras personas para buscar ayuda e información, el otro 30% confronto la situación, un 20% evito el diagnóstico y el otro 20 % se auto controló mediante esfuerzos para controlar sus propios sentimientos.

4.1.2 ENTREVISTA

Análisis de la entrevista

Mediante la entrevista realizada se ha podido concluir que los cuidadores principales de pacientes diabéticos acuden por los síntomas de sus familiares aunque en realidad son ellos los que realmente necesitan intervención ya que llegan con síntomas ansiosos pero que en ocasiones presentan resistencia y priorizan las necesidades de su familiar paciente. Es por eso que es importante el cumplimiento de las citas y las intervenciones a tiempo para un buen trabajo terapéutico.

Es importante mencionar que no toda técnica es específica ya que ello depende los síntomas y de la demanda del paciente.

CAPITULO V

5.1 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

“El cuidador principal presenta alteraciones de estado de ánimo debido a la sobrecarga con el paciente diagnosticado con diabetes”

Con la presente investigación se ha comprobado mediante las encuestas y reactivos aplicados como son la escala de valoración del estado de ánimo y el test de zarit para medir la sobrecarga del cuidador y que la muestra escogida presentan alteraciones de estados de ánimo según la escala de EVEA como son la depresión, ansiedad, hostilidad y alegría. Es importante señalar que todos los casos presentan sobrecarga de tipo emocional y física.

5.2 LOGROS DE OBJETIVOS

Describir las alteraciones del estado de ánimo del cuidador principal de pacientes diagnosticados con diabetes.

Se han caracterizado y analizado cuatro estados de ánimo que evalúa la EVEA que se evidencia en los casos 1 al 10 , que son Ansiedad, Depresión, Hostilidad, alegría, y sus complicaciones con su debida posiciones de afrontamiento cuadro 13 , ya que son objetivos de cuales se ha centrado la investigación realizada con los cuidadores de pacientes que acuden al club de diabéticos en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, y debido a la

problemática se pretende diseñar estrategias de intervención psicológica a esta población.

Los cuidadores principales de familiares diagnosticados con enfermedades crónicas son el grupo más vulnerable debido al afrontamiento frente al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, es el caso de la diabetes que se trata de una enfermedad catastrófica que requiere un tratamiento para toda la vida; es por eso que la propuesta va dirigida a los cuidadores ya que de ellos son el sostenimiento del paciente para un buen tratamiento, y que paciente y cuidador gocen de buena salud física y mental.

CAPITULO VI

6.1 CONCLUSIONES

- Con el desarrollo de este trabajo de investigación se ha llegado a evidenciar en los cuadros de los casos del 1 al 10 que este grupo de cuidadores presentan alteraciones en el estado de ánimo la cual se evalúa cuatro estados de ánimo como son: alegría, ansiedad, depresión, hostilidad por medio de la aplicación de la escala de valoración del estado de ánimo
- Se ha concluido que el 3% de cuidadores presentan ansiedad; depresión con un 3%, la alegría el 1% y la hostilidad con el 3%. Si hay alteraciones del estado de ánimo.
- Mediante el cuadro 13 se ha podido concluir que 30% de los cuidadores busco apoyo social acudiendo a otras personas para buscar ayuda e información, el otro 30% confronto la situación, un 20% evito el diagnóstico y el otro 20 % se auto controló mediante esfuerzos para controlar sus propios sentimientos
- De la población investigada se ha podido concluir que todos los participantes presentan sobrecarga ya que obtuvieron un puntaje mayor de 28 puntos en la escala de Zarit del cuidador.
- Mediante la investigación realizada se ha podido concluir que el 100% de los cuidadores primarios de pacientes que acuden al club de diabéticos son de género femenino ya que mantienen un vínculo afectivo como el de padres, hijos, esposo

6.2 RECOMENDACIONES

- En base a la investigación se plantea los programas de promoción de la Salud Mental en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.
- Programas de prevención sobre el síndrome de los cuidadores y sus complicaciones en las alteraciones en el estado.
- Integrar a los cuidadores y paciente del club de diabético a un programa psicológico para conllevar el debido tratamiento de la enfermedad y en el caso de los cuidadores sus complicaciones
- Se recomienda ejecutar un plan de acción de intervención psicológica implementando las estrategias de afrontamiento para bajar los niveles de ansiedad en esta población.

CAPITULO VII

7. PROPUESTA

“Programas de intervención psicológica dirigida a los cuidadores principales de pacientes que acuden al club de diabéticos en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano”

7.1 DATOS INFORMATIVOS

INSTITUCIÓN: HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO

ÁREA: Salud Mental

CIUDAD: Manta

PROVINCIA: Manabí

BENEFICIARIOS: Cuidadores de pacientes que acuden al Club de Diabéticos en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

TIEMPO: Indefinido

UBICACIÓN: calle 12 vía San Mateo

RESPONSABLE: Tatiana Delgado Zambrano

INTRODUCCIÓN

La conducta del ser humano puede ser entendida como un intento de adaptación frente a las adversidades que tiene la vida para poder lograr obtener el equilibrio individual y dinámico.

El proceso de adaptación se da cuando ha existido un tipo de desequilibrio ante una situación estresante y de la capacidad que tenga el sujeto para responder a tales demandas. Cuando las demandas exigen al individuo (cuidador) sea en la situación que se encuentre o a la que se enfrenta, este pone en marcha un sinnúmero de conductas que pueden ser manifestadas o encubiertas.

Por eso es necesario tener en cuenta la valoración asumida por el cuidador principal, relacionado con el hecho de que cuidar represente para él un suceso estresante, donde afronta diferentes situaciones, la cual conduce a que este deba ejercer ciertas estrategias para el afrontamiento diario correspondiente a la labor ejercida, es por ello, que se hace necesaria la descripción del afrontamiento en la fundamentación.

7.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La presente propuesta surge a partir de la culminación de la investigación que trata sobre las alteraciones del estado de ánimo en el cuidador de pacientes que acuden al club de diabéticos en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, ya que la mayoría de este grupo de investigación mencionaron que no han tenido ayuda psicológica y que sus dificultades en el manejo de los cuidados no saben cómo resolverlos y optan por las estrategias de afrontamiento negativas como por ejemplo la evitación.

El Hospital Rafael Rodríguez Zambrano cuenta con un área de salud mental, el grupo de cuidadores no saben que existe esta ayuda social porque hay distorsiones con lo que respecta al psicólogo.

Se hizo necesario la promoción de la salud mental y sus beneficios.

7.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar estrategia de intervención psicológica para los cuidadores principales que acuden al club de diabéticos del Hospital Rodríguez Zambrano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Implementar las estrategias de intervención de apoyo terapéutico al cuidador principal de pacientes con enfermedades crónicas (diabetes).

Ilustrar al cuidador principal-paciente con el fin de que tenga un conocimiento adecuado sobre el afrontamiento.

7.4 JUSTIFICACIÓN

Las variadas responsabilidades del cuidador principal impiden disponer del tiempo y fuerza necesaria para cuidarse de sí mismo en la parte física y sobre todo emocional, esto conlleva a la sobrecarga que provoca malestar y alteraciones de ánimo negativas que impiden un buen manejo del tratamiento ya sea por la mala comunicación, mala administración de los medicamentos y sobre todo en la convivencia con el familiar paciente.

Es importante que los cuidadores hagan conciencia de cuidar de sí mismo y aprender cómo hacerlo ya que esto va a permitir tener buenas condiciones en la calidad de vida del cuidador y del paciente.

La presente propuesta tiene como objeto principal diseñar una estrategia de intervención psicológica dirigida a los cuidadores de pacientes que acuden al club de diabéticos del Hospital Rodríguez Zambrano, para poder abordar los problemas que se presentan en esta población e impedir que se presenten nuevamente aplicando dichas estrategias de afrontamiento ante la enfermedad y el tratamiento.

7.5 FUNDAMENTACIÓN

La salud mental tiene unas amplias actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichas perturbaciones.

El programa de intervención que se ofrece como posible solución se ejecutara el área de salud mental del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano la cual el procedimiento se iniciara con la evaluación, diagnóstico y tratamiento aplicando técnicas de relajación para que el paciente logre diferenciar las situaciones en que se encuentra y que pueda bajar los niveles de ansiedad si lo amerita el caso. Se instruye al paciente para que aprenda las técnicas de relajación y pueda aplicarlos en los momentos que se encuentre tenso.

Amigo Salvador (1993) refiere “El paciente debe practicar las técnicas de relajación y anotar todo lo que hubiese facilitado o interferido con sus ejercicios así como las dudas que tuviera.”

Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los problemas entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todo caso que desequilibra al individuo-ambiente. Se trata de un término propio de la psicología y especialmente vinculado al estrés.

Normalmente se distinguen dos tipos de estrategias. (Lazarus y Forman, 1986).

Estrategia de resolución de problemas: son aquellas directamente dirigidas a manejar o alertar el problema que está causando del malestar, la persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. Este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y confrontación.

- 1. Confrontación:** constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.
- 2. Planificación:** apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).
- 3. Búsqueda de apoyo social:** Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Estrategias de regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema, la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo

Las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación.

4. Autocontrol: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

5. Distanciamiento: Implica los esfuerzos que realiza el joven por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.

6. Re evaluación positiva: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

7. Escape o evitación: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.

8. Aceptación de la responsabilidad: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.

7.6 METODOLOGIA PLAN DE ACCIÓN

Para poder lograr la presente propuesta se debe pasar por varios procesos que indicaran su efectividad por eso es necesario en primera instancia la sustentación y la defensa de este trabajo investigativo para poder lograr su ejecución; y habrán profesionales de la salud mental que darán sus respectivas opiniones que enriquecerán las ideas planteadas.

En el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano por parte de la población de los cuidadores que acuden al club de diabéticos una vez planteada la propuesta demandaron la necesidad de atención psicológica para ellos y su familiar la cual aceptaron la propuesta donde se plantea aplicar instrumentos psicológicos para evaluar y mediar diversos los estado de ánimo del cuidador, y sobrecarga: luego se procederá a identificar estrategias de afrontamiento que optan los cuidadores y dentro de la evaluación se aplicara técnicas como autocontrol, asertividad, reevaluación positiva entre otras y que sean necesarias para bajar niveles de estrés y también incluirían un seguimiento psicológico durante el tratamiento de los cuidadores para mejorar calidad de vida y su estado de ánimo.

Esta propuesta es de tipo cualitativa ya que se brindara información adecuada sobre la importancia de la salud mental de los cuidadores ya que ellos son los que realmente enferman en el momento de lidiar con la enfermedad de su familiar.

La presente propuesta se llevara a cabo de la siguiente manera:

1. Promover la salud mental y su importancia sobre resolver los conflictos y alteraciones del estado de ánimo, ya sea aplicando talleres psicoeducativos cada 3 meses.

2. Dotar a los cuidadores habilidades de afrontamiento y de asertividad con el fin de comunicar sus ideas y sentimientos o defender sus legítimos derechos sin la intención de herir o perjudicar el tratamiento de su familiar con diabetes ya que de ellos (cuidadores) dependerá el sostenimiento de la enfermedad.
- 3.
4. Evaluar trimestralmente con las escalas e instrumentos psicológicos que son indicadores medibles de las alteraciones del estado de ánimo y la sobrecarga del cuidador que demostrara la efectividad del tratamiento realizando un análisis cuantitativo y con esto se verificara la eficacia de la propuesta.

PLAN DE TRABAJO DE LA PROPUESTA	
Primera sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y descripción de la propuesta. • Evaluación de las expectativas de los cuidadores. • Aplicación de la escala de valoración del estado de ánimo y escala de los cuidadores (Zarit).
Las alteraciones del estado de ánimo y las dificultades en el manejo con el tratamiento del familiar.	<p>Conocer los síntomas de la sobrecarga que altera el estado ánimo y tener una visión realista de esta, lo que posibilita el posterior aprendizaje de estrategias de afrontamiento ante situaciones de la vida diaria.</p>

Entrenamiento en asertividad.	Ser asertivo le permitirá al cuidador lograr una comunicación afectiva hacia su familiar.
Expresión y manejo del estado de ánimo.	En los cuidadores la expresión de hostilidad, ansiedad, depresión fluctúa de un extremo a otro. Expresión física o verbal inadecuada. No expresión y negación de los síntomas.
Resolución de problemas.	Una adecuada estrategia de resolución al problema permite a los cuidadores lograr resultados más efectivos al dominar la situación estresante aumentando la autoeficacia y manteniendo el bienestar.
Autocuidado.	Las conductas de autocuidado permiten a los cuidadores satisfacer sus demandas de contacto social para mejorar su salud.
Redes de apoyo.	La evaluación y potenciación de las redes de apoyo permite a los cuidadores involucrarse en el contexto social y no aislarse.

Manejo del estrés.	Conocer los aspectos físicos y psicológicos que producen el estrés y cómo afrontarlo permite que los cuidadores logren un manejo efectivo manteniendo su equilibrio biopsicosocial.
---------------------------	---

Valoración de la experiencia de ser cuidador.	Centrarse en los aspectos positivos en la experiencia de ser cuidador permite que ellos reconozcan los aprendizajes y fortalezas que han acumulado para luego darle un significado.
Sesión de cierre.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de instrumentos psicológicos para medir niveles de sobrecarga del cuidador y alteraciones del estado de ánimo. • Evaluación del proceso grupal y personal para verificar o descartar patologías más específicas, como la depresión y brindar tratamiento.
Tiempo	Definido (3 años)
Beneficiarios:	Cuidadores principales de pacientes que acuden al club de diabéticos en el hospital Rafael Rodríguez Zambrano.
Responsable	Tatiana Delgado Zambrano

7.7 ADMINISTRACIÓN

Recursos:

Para la ejecución de la investigación se ha utilizado los siguientes recursos:

Talento Humano:

Tatiana Delgado Zambrano

Directivos:

Psicóloga clínica Ana Lucia Matute encargada del área de Salud Mental.

Administrativos:

Un consultorio dotado de instrumentos necesarios para las entrevista con los cuidadores primarios.

Recursos económicos y materiales:

Folletos

Remas de papel A4

Computadora

Pen drive

Internet

Movilización

Impresiones

Lápiz

Pluma

7.8 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

¿Quién evaluara?

La autora del proyecto

¿Por qué evaluara?

Porque las estrategias de afrontamiento (cognitivo-conductual) están enfocadas en el afrontamiento conductual y cognitivo que con un adecuado tratamiento equilibrara los estados de ánimo del cuidador principal de pacientes diabéticos que acuden al Hospital.

¿Para qué evaluar?

Para tomar decisiones de implementar o no dichas estrategias.

¿Qué evaluar?

Las alteraciones del estado de ánimo de los cuidadores primarios que acuden al club de diabéticos del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

¿Cómo evaluar?

A través de la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) y la escala de Zarit que mide el nivel de sobrecarga de los cuidadores.

CAPITULO VIII

BIBLIOGRAFÍA

- Aldwin, C, M (2000). Stress, coping and development. New York. Guilford
- Almeida Escobar Giomara y VALENIA Rivas Aura (2008) Estrategias de Afrontamiento en adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2.
- Astudillo A W, Mendinueta A C . Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Guía de recursos Sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa 7ma sección Madrid. Pág. 235-255.
- Barrón y Alvarado Rivas (2009) Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. Pág. 39-46
- Bâtiz A. (2008) ¿Cuidamos a los Cuidadores?. Disponible en <http://www-enelcorreodigital>. Consultado el 8 de mayo 2014.
- Conocer y hacer uso de sus derechos. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. http://segg.es/segg/html/cuidadores/cuiadador/cuiadado_cuiador.htm.

- Chang E W, Tsai YY, Chang T W, Tsao CJ. 2007 Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psycho-Oncology*. Pág. 950 -955.
- Feldberg, C., Tartaglino, M.F., Clemente, M.A., Petracca, G., Cáceres, F., & Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurología y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, pág. 11-17.
- Fernández de Larriona Palacios, P., Martínez Rodríguez, S., Ortiz Marques, N., Carrasco Zabaleta, M., Salabarieta Eizaguirre, J., & Gómez Marroquín, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psichothema*, pág. 388-393.
- Francisco Ruza. Cuidados intensivos pediátricos. 3ª ed. Vol. II. Ediciones Norma-Capitel, 2002
- Friedman, E.S y Thase, M.E (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V.E Caballo, G. Buena y J.A. Carrobbles (dirs). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 1 (pág. 619-681). Madrid. Siglo XXI
- Gonzales F, Ana G, Diego P, Josefina P. (2004) *Sobrecarga del cuidador en personas con lesiones neurológicas*. Rev. Del Host J.
- Halley, Maheu y Cohen, (1999). *Enfermedad de Alzheimer. Una guía para la familia*. México: Editorial Pax.
- Instituto Nacional Ecuatoriano de Normalización (I.N.E.N) www.inen.gov.ec Recuperado el 7 de Julio del 2014

- Psicología de la emoción, capítulo 8: la hostilidad, el humor, la felicidad y el amor. Psicologíauned.com

<http://www.inteligencia-emocional.org/articulos/laalegria.htm>.

Recuperado el 22 de Julio del 2014.

- Afectividad Recuperado el 17 de Julio del 2014 por Tatiana Delgado Zambrano.

<http://matap.dmae.upm.es/cienciaficcio/DIVULGACION/12/AFFECTIVIDAD.html>.

- Lazarus y Forman, (1986). Proceso cognitivos y stress, Barcelona, Martínez Roca,
- McCurry, SM, Logsdon, RG, Teri, L. y **Vitiello, MV** Los trastornos del sueño en los cuidadores de personas con demencia: Los factores que contribuyen y las implicaciones de tratamiento. Medicina Del Sueño Opiniones 11 (2): 143-53, 2007.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. 1996 Maslach Burnout Inventory Manual. 30 edition. Palo Alto, California Consulting Press, USA.
- Navarrete M P., Artículos de Psicólogos Zenit : La ansiedad: <http://www.guiadelasalud.info/articulo.php?art=638&id=480>: Recuperado el 17 de Julio del 2014.
- Oblitas, L A. (2005): Psicología de la Salud y enfermedades crónicas. Recuperado el 22 de Mayo del 2014, de http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_309.pdf
- Pacheco-Unguetti, A. P., Acosta, A., Marques, E., Y Lupiañez, J. (2011). Alterations of the attentional networks in patients with anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders, 25, 888-895

- Rafael Bisquerra Alzina. Educación para la ciudadanía y convivencia, El enfoque de la Educación Emocional. Wolters Klumer España, S.A., 2008.
- Ríos Ibarra, Cecilia. (2008). Clínica psicósomática: falta de sí Espectros del Psicoanálisis, 8, 110-127.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., y García-Vera, M. P. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Valoración del Estado de Animo (EVEA): una revisión. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Shoemaker, Ake (dir.) Grenvik. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 4ª ed. Editorial Médica Panamericana, 2002.
- Thayer, Robert E. (1989). The biopsychology of mood and arousal. New York, NY: Oxford University Press
- Thayer, Robert E. (1998). “ El origen de los estados de animo otidianos”. E. Paidós
- World Health Organization. WHO Fact Sheet “Caregiving”. Geneva: WHO; 1999.
- Zambrano C, Ceballos C. 2007. Síndrome de Sobrecarga del Cuidador. Rev. Colomb. Psiquiat. (Supl 1): pág. 26-39

ANEXOS

ANEXO #1



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

FACULTAD DE PSICOLOGIA



ENTREVISTA DIRIGIDA A PROFESIONAL EN EL AREA DE
PSICOLOGIA

ENTREVISTADA: PSICOLOGA ANA LUCIA MATUTE

ENTREVISTADORA: TATIANA DELGADO ZAMBRANO

1¿CUANTOS AÑOS TIENE DE TRABAJO COMO PSICOLOGA EN EL HOSPITAL?

15 años

2¿HA TRABAJADO CON ESTOS TIPOS DE PACIENTES (CUIADORES PRIMARIOS)?

Los cuidadores primarios acuden a menudo por los síntomas de sus familiares pacientes, aunque luego llegan a la conclusión de que ellos también requieren atención.

3¿HA PRESENTADO ALGUNA DIFICULTAD CLINICA EN EL MANEJO DE ESTOS CASOS?

No. Algunos pacientes presentan resistencia a ser atendidos, incumplen las citas, priorizan las necesidades de otros

4. ¿CUALES SON LAS ALTERACIONES MAS COMUNES QUE ESTE TIPO DE POBLACION PRESENTA?

Depresión, somatización de síntomas.

5. ¿CUALES SON LOS DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES QUE PRESENTAN ESTOS TIPOS DE PACIENTES?

Trastorno por ansiedad generalizada

6. ¿QUE TIPO DE TECNICAS HA UTILIZADO EN ESTOS CASOS?

Dependiendo de los síntomas, del discurso, de la orientación, no hay una técnica que pueda ser específica.

7. ¿CUALES HAN SIDO LOS RESULTADOS DE LAS TECNICAS QUE USTED HA UTILIZADO CON ESTOS PACIENTES?

Los resultados son buenos especialmente si la intervención psicológica se hace a tiempo.

8. SU PERCEPCION PERSONAL SOBRE LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DIABETES.

Un cuidador primario suele ocupar ese lugar generalmente porque no hay otra persona que lo haga, es importante que la relación con su familiar paciente no se vea afectada por la obligatoriedad del cumplimiento de horarios, medicación y cuidados.

ANEXO # 2

PSI. CLIN ANA LUCIA MATUTE SALAZAR

CI. 1303849077

FECHA DE NACIMIENTO: 26-07-1963

ESPOSO: JAVIER MALO

HIJOS: 2 ANA GABRIELA Y NICOLAS MALO MATUTE

DIRECCION:

Edificio El Vigía, MALECON Y CALLE 13- Dpto.802-A Av. Malecón

TELÉFONO 2627 768 0992795823



EXPERIENCIA LABORAL

**1998 HASTA LA FECHA “HOSPITAL RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO”
MANTA-ECUADOR PSICOLOGA** “Evaluación de niños de 1 mes y 7 años
psico-neurosensorial. PROGRAMA NAR (Niños de alto riesgo).

Consejería individual y familia.

Investigación y análisis estadístico usando el programa SPS

Consulta externa de psicología.

Coordinación de unidad de violencia intrafamiliar y de género.

Evaluación de discapacidades, programa de cartelización de discapacidades.

1996-2002 UNIDAD EDUCATIVA ASCARIO PAZ MANTA- ECUADOR

PSICOLOGA: Orientación vocacional

Consejería individual y familia.

Orientación escolar – detección y diagnósticos de problemas de aprendizaje.

1992-1998 UNIDAD EDUCATIVA JULIO PIERREGROSE MANTA-ECUADOR

Orientación escolar y vocacional

Detección y diagnóstico de problemas de aprendizaje

1998-1990 MINISTERIO DE OBRAS PUBLICAS

Secretaria del subsecretario

Psicóloga- directora

Dirección administrativa del Centro de Recreación Dulce Lucia.

Diseño de currícula para la guardería y pre- escolar.

Consejería familiar.

1991 HASTA LA FECHA (CENTRO DEASESORIA PSICOLOGICA PRIVADO MANTA- ECUADOR.)

Psicoterapia individual y familiar.

Consejería matrimonial.

Diagnóstico de problemas de aprendizaje.

Orientación y consejería vocacional.

Orientación profesional.

Capacitación y asesoría.

2003 PSICOLOGA MIEMBRO DE LA RED DE PROTECCION DE DERECHOS DEL CANTON MANTA

Atención a los casos de violencia derivados de comisaria. Junta de Protección de derechos, Fiscalía y Peritaje.

ANEXO # 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tatiana Estefanía Delgado Zambrano me ha solicitado participar en su estudio de investigación titulado: Alteraciones del estado de ánimo en el cuidador principal de los pacientes con diabetes que acuden al club de diabéticos en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, Manta 2014. Y mi participación consiste en responder dos cuestionarios; se me ha explicado que los datos que proporcione serán confidenciales y solo se utiliza con fines académicos.

Tengo entendido que los resultados se darán a conocer a la institución, conservando siempre el anonimato de los participantes.

Tengo derecho a desistirme y a terminar mi participación en el momento que yo desee.

Acepto participar voluntariamente en el estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DE LA AUTORA

ANEXO # 4

ENTREVISTA CLINICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Ocupación:

2. ¿QUÉ PARENTESCO TIENE CON SU FAMILIAR PACIENTE?

HIJA/O

ESPOSA/O

HERMANO/A

TIO/A

PRIMA/O

ABUELO/ A

3 ¿RECIBE REMUNERACION ECONOMICA POR EL CUIDADO DE SU FAMILIAR PACIENTE?

SI

NO

4 ¿HA RECIBIDO CAPACITACION ACERCA DEL TRATAMIENTO DE SU FAMILIAR PACIENTE?

SI NO

5 ¿CUMPLE CON TODAS LAS EXIGENCIAS DEL TRATAMIENTO?

SI NO

6 ¿COMO ES LA RELACION CON SU FAMILIAR PACIENTE?

BUENA REGULAR MALA

7 ¿CUALES SON SUS SENTIMIENTOS HACIA SU FAMILIAR PACIENTE?

8 ¿CUÁL FUE LA SU REACCION FRENTE AL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR?

ANEXO #5

EVEA

A continuación encontraras una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y a lado una escala de 10 puntos. Lee cada frase y rodea con un circulo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo te SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

	Nada	Mucho
Me siento nervioso	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento irritado	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento alegre	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento melancólico	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento tenso	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento optimista	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento decaído	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento enojado	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento ansioso	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento apagado	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento molesto	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento jovial	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento intranquilo	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento enfadado	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento contento	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
Me siento triste	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	

ANEXO # 6

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otras personas.

Después de leer cada frase, indique, marcando con una cruz en la casilla correspondiente, con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente y casi siempre.

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1 ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo/a?					
3 ¿Se siente estresada/o al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades?					
4 ¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar/paciente?					

5 ¿Se siente irritada/o por el comportamiento de su familiar paciente?					
6. ¿Cree usted que la situación actual afecta a su relación con sus amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7 ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/ paciente?					
8 ¿Siente que su familiar/ paciente depende de usted?					
9 ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar paciente?					
10 ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar /paciente?					
11 ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía tener causa de su familiar/ paciente?					

12 ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectada por tener que cuidar a su familiar/ paciente?					
13 ¿Se siente incómoda/o para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/ paciente?					
14 ¿ Cree que su familiar/ paciente espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que pudiera contar?					
15 ¿Cree que usted no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/ paciente además de sus otros gastos?					
16 ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/ paciente durante mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/ paciente se manifestó?					
18 ¿Desearia poder encargar el cuidado de su familiar /paciente a otra persona?					
19 ¿Se siente insegura/o acerca de lo que debe hacer con su familiar/ paciente?					

<p>20 ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?</p>				
<p>21 ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que hace?</p>				
<p>22 En general ¿Se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?</p>				

ANEXO # 8

FOTOS



PRESENTACION EN EL CLUB DE DIABETICOS

CHARLA INFORMATIVA SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO DE ANIMO DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES Y SUS IMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DE SU FAMILIAR PACIENTE.



**ENTREVISTANDO A LA DRA ANA LUCIA MATUTE PSICOLOGA DEL
HOSPITAL RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO.**

